

坂城町県外定期予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 坂城町長

申請者 (接種を受ける者または保護者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

長野県外で予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

予防接種 を受ける 者	氏 名		申請者からの続柄	
	住 所	坂城町大字		
	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳 か月)		
県外で接種を希望する 予防接種の種類・回数				
県外で接種を希望する 具体的な理由		1 母親の里帰り出産に同行する等の理由により県外に長期滞在する 2 県外の医療機関等の施設に入院・入所する 3 その他 ※具体的理由を下記に記入 ( )		
県外滞在先住所		〒  電話番号 ( 様方)		
県外滞在 (予定) 期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
依 頼 書 送 付 先		1 申請者と同じ 2 予防接種を受ける者の住所と同じ 3 県外滞在先住所に同じ 4 その他 ( )		

坂城町県外定期予防接種実施依頼書交付申請書

令和 1 年 6 月 1 日

(宛先) 坂城町長

申請者

住 所 **坂城町大字坂城 10050 番地**

氏 名 **健康 太郎** (印)

電話番号 **0268-82-3111**

必須

長野県外で予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

予防接種 を受ける 者	氏 名	<b>健康 花子</b>	申請者からの続柄	<b>子</b>
	住 所	坂城町大字 <b>坂城大字坂城 100050 番地</b>		
	生年月日 (年齢)	<b>令和 1 年 5 月 1 日</b> ( <input type="radio"/> 歳 <input type="radio"/> か月)		
県外で接種を希望する 予防接種の種類・回数	<b>Hib 初回 四種混合 初回 小児肺炎球菌 初回</b>			
県外で接種を希望する 具体的な理由	① 母親の里帰り出産に同行する等の理由により県外に長期滞在する ② 県外の医療機関等の施設に入院・入所する ③ その他 ※具体的理由を下記に記入 ( )			
県外滞在先住所	〒 <b>123-4567</b> <b>東京都〇〇区△△△1234-5</b> 電話番号 <b>090-1234-5678</b> ( <b>福祉 次郎</b> 様方)			
県外滞在 (予定) 期間	令和 <b>1 年 7 月 1 日</b> から 令和 <b>1 年 8 月 31 日</b> まで			
依 頼 書 送 付 先	1 申請者に同じ 2 予防接種を受ける者の住所に同じ ③ 県外滞在先住所に同じ 4 その他 ( )			

1つ丸をする

1つ丸をする