

予防接種依頼書交付申込書

広島市長 様

(申込者)

住 所：

氏 名：

電話番号：

被接種者との続柄：

※被接種者が18歳以上の場合は本人（高齢者の方で本人が記入できない場合を除く。）が申込者となります。

次のとおり、県外に所在する医療機関における予防接種を希望するので、広島市予防接種費用助成要綱第4条第1項の規定により、予防接種依頼書の交付を申し込みます。

被 接 種 者	住所 ※住民票に記載のもの	広島市 区
	(フリガナ) 氏名	()
	性別	男 ・ 女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
保護者の氏名 (被接種者との続柄)		() ※被接種者が18歳未満の場合のみ記載
滞在先の住所		〒 TEL - -
医療機関の 所在する市町村名		
県外で受ける 予防接種の種類・回数		
予防接種の予定時期		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
県外での予防接種を 希望する理由 ※該当するものに✓		<input type="checkbox"/> 母親の里帰り出産等に伴い、長期にわたり県外に滞在するため <input type="checkbox"/> 施設入所等の理由により事実上県外に居住しているため <input type="checkbox"/> その他 ()

-----以下の欄は記入しないでください-----

申込方法	<input type="checkbox"/> 来庁	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> その他()
確 認	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	<input type="checkbox"/> その他()

(伺い)

係	係長	課長	照合	公印	依頼期間	交付年月日及び交付番号
/	/	/	/	/	自 . . 至 . .	令和 年 月 日 広 第 号