

予防接種実施依頼書 発行申請書

※申請者の方へ…申請日及び枠の中をすべてご記入ください。

年 月 日

（宛先）各務原市長

申請者（本人又は代理人）

住所	
氏名	(続柄)
電話	

各務原市に住民票を有したまま市外の介護施設等に入所・入院しているため、各務原市指定医療機関で予防接種を受けることができません。

入所・入院先の市町村又は医療機関で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書を発行してください。接種につきましては、依頼する市町村又は医療機関の実施方法に従います。

被接種者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	各務原市			生活保護世帯該当の有無	有・無
希望する予防接種名						

※生活保護世帯該当が「有」の場合、申請において、私の生活状況について社会福祉課での名簿閲覧に同意します。 ㊦

入所・入院施設	名称		種別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 病院（治療入院） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	住所	〒		
	電話		担当者	

*予防接種を依頼できることを確認していただき、下記をご記入ください。

医療機関名		所在地	
医師名		電話	

依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 施設担当者
	<input type="checkbox"/> 依頼先市町村 <input type="checkbox"/> 依頼先医療機関