

令和〇年〇月〇日

大田原市長 様

申請者

住 所 大田原市本町1-4-1

氏 名 与一 次郎

電話番号 0287-23-8975

大田原市指定外医療機関法定外予防接種依頼申請書

法定外予防接種を受けたいので、大田原市法定外予防接種助成事業実施要綱第10条第1項の規定により、次のとおり申請します。

接種を受ける方	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	与一 太郎
	生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日（満〇〇歳）	
家族等連絡先 ※申請者と異なる場合は記入	住 所 氏 名 電話番号		
接種希望予防接種	肺炎球菌		
接種希望医療機関	医療機関名	〇〇医院	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇〇〇	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
指定外医療機関で接種する理由	入院中のため		
滞在先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇 〇〇医院		
接種資料送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
接種予定年月日	令和〇年〇月〇日		