

様式第 1 号（第 7 条関係）

美濃加茂市予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住 所
氏 名
電話番号
接種対象者との続柄

美濃加茂市予防接種費用助成事業実施要綱に基づき予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種対象者	フリガナ 氏 名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所	岐阜県美濃加茂市	
と異なる場合 滞在先（現住所）	住 所	〒 (様方)	
	滞在期間	年 月 日から 年 月 日頃まで	
本事業を 申請する理由			
予防接種名(回数)	予防接種名		回数
接種予定の 医療機関の名称 医師氏名		医療機関名： 郵便番号：〒 ー 住 所： 電話番号： 医師名：	
予防接種依頼書 及び予診票の送付先		☐ 申請者の住所地 ☐ 被接種者の住所地 ☐ 健康課窓口での受け取り	

(注 1) 予防接種名の欄に書ききれない場合は任意の様式にて記載し併せて提出してください。
(注 2) 上記内容につきましては、滞在先の市町村担当部署へ情報提供させていただくことがありますのでご了承ください。
(注 3) 健康課窓口で受け取る場合は本人または申請者が有効期限内の顔写真つき公的身分証明書(マイナンバーカード、運転免許証等)を持参してください。