

課長	課長代理	係長	担当

～他市医療機関での～

受付 No. _____

交野市定期予防接種依頼書交付申請書

交野市長 様

下記理由により、交野市契約医療機関以外での接種を希望します。つきましては、予防接種法に基づく定期予防接種依頼書の発行を申請します。

年 月 日

ふ り が な			
接種者氏名			
生年月日・年齢	年 月 日 (歳 か月)		
住所・電話番号 (住民登録のあるところ)	交野市 Tel () -		
保護者氏名			続柄 ()
予防接種名 ※接種費用の償還払いには 上限金額があります		回数	
接種先医療機関名			
接種先医療機関住所 電話番号	Tel : () -		
(理由) ア. アレルギー等の疾患があり、かかりつけ医での接種が望ましい イ. 里帰り等で () 市・区・町・村に長期滞在中 ウ. 市外に所在する病院に入院中 エ. その他 ()			
滞在先住所・電話番号 (市外に滞在している場合のみ記入)	〒 - () 様方 Tel () -		
依頼書送付先	交野市の自宅・滞在先・その他 ()		

申請者が保護者と異なる場合、以下もご記入ください。

申請者： _____

住所：〒 _____

電話番号： _____

被接種者との続柄： _____



依頼書宛先名	
市町村長 宛	病院長宛

自己負担	
無	有

予防接種手帳	
無	有

[受付者]