

A類

課長	課長代理	係長	担当

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 <small>(住民登録のあるところ)</small>	交野市 Tel ( ) -		
保護者氏名			続柄 ( )
予防接種名 <small>※接種費用の償還払いには 上限金額があります</small>		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 <small>(市外に滞在している場合のみ記入)</small>	〒 - ( ) 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

償還払い	
無	有

予防接種手帳	
無	有

[ 受付者 ]