

予防接種依頼書発行申請書
(A類疾病)

草加市長 宛て

申請日 年 月 日

（保 請護 者者）	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	連 絡 先			
	続 柄	<input type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
接 種 を 受 け る 人	ふりがな			男・女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生		
	住 所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 里帰り			
	<input type="checkbox"/> 医療管理上、かかりつけの医療機関で予防接種を受ける必要があるため (施設入所、入院等を含む)			
	<input type="checkbox"/> 再接種			
	<input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情があるため ()			
予 防 接 種 の 種 類				
接 種 予 定 日	年 月 日			
受 診 医 療 機 関	〔 市 区 町 村 〕			
依 頼 書 宛 先	<input type="checkbox"/> 医療機関長 宛て			
	<input type="checkbox"/> 市区町村長 宛て			
送 付 先 住 所 氏 名 (滞 在 先)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
備 考				

〈市記入欄〉

住民CD	メモ入力	受付担当者	受付
	未 ・ 済		