

定期予防接種他市区町村依頼交付申請書（風しん第5期）

記入例

〔ご記入にあたって〕

消せるペン及び修正テープ等は使用できません。内容の訂正は、二重線で訂正してください。

内容を確認の上、
✓を入れてください。

とおりに申請します。

を訂正します。



※該当し、又は希望する□にレ印を付けてください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者	ふりがな	あんじょう かんたろう		続柄 (本人)
	氏名	安城 貫太郎		
	住所	〒 446-0045 安城市 横山町下毛賀知106番地1 電話 (0566-76-1133)		
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ。 ※同じでない場合は、記入してください。		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名			
	生年月日	昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 (○○ 歳)		
	住民登録のある住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ。 ※同じでない場合は、記入してください。 〒 - 安城市		
滞在先 (被接種者住所と同じであれば、記入不要)	〒 - 電話 (- -)			
滞在予定期間	<input type="checkbox"/> 予定あり (年 月頃まで) <input type="checkbox"/> 未定			
予防接種の種類	風しん第5期			
接種する医療機関	医療機関名:	○○○○病院		
	所在する市区町村名:	○○市	電話 (0123-4567-8910)	
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医が市外 <input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
依頼書等送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 窓口交付			

《添付書類》抗体検査によって、風しんの抗体価が不十分であることが分かるもの（写真）
《注意事項》
・ 予防接種を受けるには、申請後に市が交付する「予防接種依頼書」が
・ 各医療機関によって、接種方法や自己負担額が異なります。

記入不要

<事務処理欄>

受付者:

《問合せ・申請書提出先》 安城市保健センター（予防接種担当）

〒446-0045 愛知県安城市横山町下毛賀知106番地1 電話：0566-76-1133