

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

井原市長 殿

申請者 住 所

（※16歳未満は保護者）

氏 名

電 話（ ） —

（※自署できない場合は、本人の接種意思を確認し、代筆者が署名し、  
代筆者氏名及び被接種者との続柄等を記載）

（代筆者 住 所

氏 名

続柄

連絡先 — — ）

接種を希望していることを確認した

※本人の意思確認ができない場合は申請できません。

下記のとおり接種を受けたいので、井原市予防接種費給付事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

依頼先市町村名			
被接種者 <small>ふりがな</small> 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（被接種者が申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください）		
被接種者生年月日	年	月	日
申請者との続柄		保護者氏名 (16歳未満の場合)	
住民基本台帳登録地	井原市	町	
滞 在 地			
予 防 接 種 の 種 類 (該当する番号を○で 囲んでください)	1 インフルエンザ	2 高齢者肺炎球菌	
	3 新型コロナウイルス	4 帯状疱疹・生ワクチン	
	5 帯状疱疹・組換えワクチン（1回目・2回目）		
	6 その他（ ）		
依 頼 理 由	1 かかりつけ医のため		
	2 その他（ ）		
実施医療機関名			
郵 送 先 ※郵送の場合、本人宛に郵送します。 切手を貼った返信用封筒が必要になります。	<input type="checkbox"/> 滞在地と同じ（郵送先が滞在地と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください）		