

令和 年 月 日

（宛先）春日井市長

〒

住 所 春日井市

申請者 ^{ふり}氏 ^{がな}名 （ 歳）
（接種対象者）

生年月日 大正・昭和 年 月 日

続柄・関係

連絡先 — — （ ）

春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、次のとおり指定医療機関外での予防接種実施依頼書の発行について申請します。

滞在地	住 所	1 申請者と同じ 2 申請者以外（〒 (施設名：)	
	電話番号	1 申請者と同じ 2 申請者以外 (続柄・関係 ())	
予 防 接 種 名		☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナ ☐ 带状疱疹（シングリックス（1回目・2回目）・ビケン）※該当に○	
実施医療機関	^{ふり} ^{がな} 名 称		
	電話番号		都・道 市・区 府・県 町・村
依 頼 理 由		1 かかりつけ医 4 高齢者施設等に入所 2 市外に滞在 5 その他（ 3 市外等の医療機関に入院	
生活保護受給		1 無 2 有	
郵 送 先		1 申請者と同じ 2 滞在地と同じ 3 その他（〒 (様方)	
接 種 の 予 約 日		1 有 (月 日) 2 無	

決 裁 欄	課長	課長補佐	主査	担当

※課長決裁欄の押印は、公印管守者による審査押印を兼ねています。