

（宛先）春日井市長

住 所 春日井市

申請者 氏 名

（被接種者）

電話番号

生年月日 大正・昭和 年 月 日

### 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。

予 防 接 種 名		高齢者肺炎球菌 ・ 高齢者インフルエンザ
滞在地	住所 (施設名も記入)	1 申請者と同じ 2 その他〔〒
	電話番号	1 申請者と同じ 2 その他（ ）
依 頼 理 由		1 かかりつけ医 2 市外に滞在 3 市外の医療機関に入院 4 高齢者施設等に入所 5 その他（ ）
実施医療機関	名称	
	住所	
	電話番号	
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