

様式第1

受託医療機関以外における予防接種申請書

記入見本

令和 年 月 日

記入しないでください

江南市長

申請者は、予防接種費用を振り込む方の口座名義人にしてください。

(申請者)

住所 〒〇〇〇 - △△△△  
〇〇市△△区～番地

氏名 江南 太郎

電話番号

必ず、連絡のつく電話番号を記入

下記のとおり予防接種を希望しますので依頼書を交付してください。

記

予 防 接 種 名	・高齢者用インフルエンザ ・高齢者用肺炎球菌ワクチン
被 接 種 者 住 所	江南市〇〇町△△番地
被 接 種 者 氏 名	江南 花子
生 年 月 日	昭和〇△年 □月 ×日生 ( 〇△歳 □×ヶ月)
受診先医療機関名	※受診先医療機関名は省略せず、正確に記入してください。
医療機関の所在地	希望する医療機関が受託医療機関外の予防接種を受け入れ可能かの確認をしてください。 例：江南市に住民票がある方の受け入れが可能かどうか。
上 記 医 療 機 関 で 接 種 を 希 望 す る 理 由	・かかりつけ医 ・長期入院治療 ・高齢者施設入所 等 上記にあてはまらないその他の理由も、記入してください。

なお、定期の予防接種の扱いとならなかった場合は、万一健康被害が生じても健康被害の認定はされず、医薬品副反应用被害救済制度の適用となることについて同意いたします。

令和 〇年 △月 □日

被接種者（保護者）署名 江南 太郎 (被接種者との続柄： 長男 )

申請者と統一