

鶴岡市長様

〈申請者〉住所 _____

氏名 _____

被接種者との続柄 _____

定期予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	鶴岡市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
保護者氏名			日中連絡先	
依頼する 予防接種				
依頼期間		年 月 日 から 年 月 日まで		
依頼する理由				
滞在先住所		〒 世帯主名： 電話：		
※以下、接種する市区町村の担当部署に確認してください。(○で囲んでください。)				
①定期予防接種 の費用	有料 ・ 無料 (自己負担) (滞在先市区 町村負担)	※有料の場合は償還払での対応となります。		
②依頼書の宛名	市区町村長 ・ 医療機関	住 所	〒	
		宛 名		
③依頼書送付先	市区町村担当課・滞在先	※医療機関宛ての依頼の場合は滞在先に送付します。		

※この申請により交付される依頼書は、接種した予防接種で健康被害が生じた時、鶴岡市が対応するという証明の書類です。