様式第１号（第４条関係）

洲本市定期予防接種実施依頼書交付申請書

令和　　年　　月　日

洲本市長　様

申請者　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注１）　氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（被接種者との続柄＿＿＿＿＿）

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実施医療機関以外の医療機関で定期予防接種を受けることを希望しますので、洲本市定期予防接種費用助成事業実施要綱第４条第１項の規定により、定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">被接種者</td><td>住　所</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏名等</td><td>（男・女）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>（満　　歳　か月）</td></tr>
<tr><td>滞在先
（注２）</td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>予防接種の種類</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">接種希望医療機関</td><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td></td></tr>
<tr><td>依頼書の宛先</td><td colspan="2">・　地方公共団体（　　都道府県　　市区町村）
☑・　医療機関等</td></tr>
</table>

注１　原則、申請者は被接種者本人とする。ただし被接種者が未成年者の場合は、その保護者が申請すること。

２　被接種者が市外に滞在している場合にのみ記入すること。