

大和市予防接種依頼申請書（助成制度対象）

年 月 日

大和市長 あて

申請者 氏 名 (続柄:)
住 所
電 話

次のとおり予防接種を受けたいので大和市予防接種費用の助成に関する要綱第6条及び第7条の規定により、依頼書の発行を申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏 名	生年 月 日	年 月 日 (満 歳)
	住 所	大和市	
	申請時点の 妊娠週数	週 日 (年 月 日時点)	
	出産予定日	年 月 日	
	分娩予定日	年 月 日 (週 日で分娩予定) ※計画分娩を予定している方はご記入ください。	
申請理由	<p>該当する番号に○印をし、その理由等を詳しくご記入ください。</p> <p>1 市の委託医療機関以外の医療機関等に（通院中・入院中）のため。 ※（ ）内の該当するものに○印をつけてください。</p> <p>2 その他 理 由: _____</p> <p>【接種を実施する医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関名: _____ ・所在地: _____ ・電話番号: _____ 		
滞 在 先 (依頼書送付先)	住 所 ※滞在先・滞在期間につきましては、住所地に滞在している場合は記載不要です。 〒 _____ 電話 _____		
滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
接種予定日	年 月 日 ~ 年 月 日		
予防接種の 種類	RSウイルス感染症：組換えRSウイルスワクチン「アブリスポ」		

《市使用欄》

本人確認書類

マイナンバーカード 運転免許証

その他 ()

親子（母子）健康手帳の写し（母の名前が分かるページ）

確 認 者

--