

大和市予防接種依頼申請書（助成制度対象）

令和〇年〇〇月 〇日

大和市長 あて

申請者 氏名 大和 花子 （続柄： 本人 ）

住所 大和市鶴間△-△-△

電話 046-123-4567

住民登録している住所を
記入してください。

おか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

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名	やまとはなこ 大和 花子	生年 月日	平成〇年 〇〇月 〇日 (満 〇〇歳)
	住所	大和市鶴間△-△-△		
	申請時点の 妊娠週数	〇〇週〇日 (令和〇年〇〇月〇日時点)		
	出産予定日	令和〇年 〇〇月 〇日		
	分娩予定日	令和〇年 〇〇月 〇日 (〇〇週 〇日で分娩予定) ※計画分娩を予定している方はご記入ください。		
申請理由	該当する番号に〇印をし、その理由等を詳しくご記入ください。 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〇印をつけてください。			
滞在先住所	〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 ・電話番号: 123-456-7890			
滞在先住所	〇〇県〇〇市〇〇1-1-1 〇〇様方 電話 046-8765-4321			
滞先期間	令和〇年 〇〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇〇月 〇日			
接種予定日	令和〇年 〇〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇〇月 〇日			
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 接種できる期間は、 妊娠28週0日~36週6日です。			

・妊婦健診を市の委託医療機関以外で受けている方
・里帰り出産等で市の委託医療機関以外で接種予定の方等

接種予定の医療機関を
記入してください。

大和市外に滞在している場合は
滞在先住所を記入してください。
記載の住所に依頼書等をお送りします。

決まっていない場合は、「未定」または
「〇年〇月頃」と記入してください。

《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