

別記

様式第1号(第3条関係)

2024年 月 日

多治見市長

予防接種実施依頼申請書(B類疾病)

B類疾病に係る県外医療機関における予防接種費の償還払いに関する要綱第3条の規定に基づき、次の通り予防接種を受けたいので予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種名	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> 高齢者コロナワクチン		
接種者氏名	生年 月日	T・S (満	年 月 日 歳)
住民票所在地	多治見市		
現在の 居所	施設名		
	施設所在地		
	電話番号	( )	
接種医療機関名			
医療機関所在地	〒		
申請事由	<input type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 長期入院治療		

(申請者)

氏名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

被接種者との続柄: \_\_\_\_\_

日中連絡の取れる電話番号: \_\_\_\_\_

多治見市受付印

--