

別記

様式第1号（第3条関係）

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、次のとお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。

申請者（接種者） 氏名			
住所			
電話番号		生年 月日	年 月 日 (満 歳)
予防接種名	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ		<input type="checkbox"/>
希望する医療機関名			
医療機関の所在地	〒 県 市		
居所 (住所地と異なる場合のみ)	名称： 所在地：〒		
事由	<input type="checkbox"/> 1 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> 2 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）		

申請書提出者氏名：

本人との続柄：

住所：

日中連絡のとれる電話番号：