様式第１号（第４条関係）

**予防接種実施依頼書交付申請書**

　　　年　　　月　　　日

十日町市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

申請者　住　　所

（保護者）氏　　名

　　　　電話番号

　新潟県外で定期予防接種を受けたいので、下記のとおり予防接種実施依頼書の発行を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被　接　種　者 | 住所 | 十日町市 |
| ふりがな | 　　　　　　 |
| 氏名 | （ 男・女 ） |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　（満　　　歳　　か月） |
| 滞在先住所 | 〒（滞在先世帯主　　　　　　　　　　　様方）電話番号： |
| ※該当するものに☑をつけてください |
| 滞在の期間 | □ 予定あり（　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日）　□ 未定 |
| 滞在の理由 | □ 出産・育児に伴う里帰り　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 予防接種名 | ※複数回必要なものは、複数回数も記入してください。 |
| 依頼書の宛名 | ※滞在先の市町村にご確認のうえ、ご記入ください□ 市区町村長□ 実施医療機関の長　→　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼書の受取方法 | □ 窓口受取□ 郵送にて受取※送付先（□ 申請者住所　□ 滞在先住所　□ 滞在先市町村の担当部署） |