

調布市長 宛

申請者 住所  
 氏名 ⑩  
 電話番号  
 被接種者との続柄

調布市定期予防接種実施依頼書交付申請書  
 （高齢者等に対する予防接種）

指定外医療機関で定期予防接種を受けたいため、下記のとおり調布市定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住所	〒		
	ふりがな		電話	( )
	氏名		番号	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
滞在先	名称			
	住所	〒		
	電話			
滞在先の自治体からの予防接種費用助成の有無		1助成有・2助成無		
実施医療機関	名称			
	住所	〒		
	電話			
	滞在先の自治体の指定する指定医療機関か	1指定医療機関・2指定外医療機関		
希望理由		1 医療機関に入院・2 施設に入所・3 その他 ( )		
予防接種の種類		インフルエンザワクチン・肺炎球菌ワクチン		
依頼書の宛名		1 市区町村長・2 予防接種医		
送付先		1 調布市の住民登録地・2 滞在先 ・3 その他 ( )		
その他				

※ 依頼する自治体により接種料金が必要な場合があります。