

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

年 月 日

申請者については、後日実施する助成金交付請求(返金処理)の申請者と同じにしてください。

〒

住 所 相模原市 区

申請者 氏 名

(保護者) 電話番号 ()

次のと

「受診番号」は、市からお送りする個別通知にてお知らせしていますが、通知がまだ届いていない等で不明の場合には空欄で結構です。

を

受 診 番 号

対 象
(予防接種を受ける人)

生年月日 年 月 日 (満 歳 か月)

住 所

「接種方法確認欄」の3項目については、**接種する医療機関が所在する自治体の予防接種担当課へご確認ください**

申請理由

該当する番号

1. 市の協力

理由: ...

・医療機関

・所在地

2. 特別な事

理由: ...

3. その他

理由: ...

1. 窓口支払い

有: 医療機関窓口で申請者が接種料金を負担する場合
無: 医療機関が所在する自治体が接種料金を負担する場合

2. 依頼先

相模原市が作成する「予防接種実施依頼書」の依頼先について、「自治体」か「医療機関」のどちらになるかご確認ください

3. 書類送付先

相模原市が作成する「予防接種実施依頼書」の送付先について、本人(申請者)あて、確認先自治体の予防接種担当課あてのどちらになるかご確認ください
※「本人」の場合には、市内住所、滞在先住所のどちらに送付するかも併せてご記入ください

滞在先住所等

(市外に滞っていない場合は、記入の必要はありません。)

〒 滞在先世帯主名

滞在期間 年 月 日

電話 ()

日 ~ 年 月 日

接種方法確認先市町村

※確認をした自治体情報をご記入ください。

〒 担当課名称

電話 ()

定期予防接種 (番号、回数に○をしてください。)

接種方法確認欄 (該当欄に☑してください。)

窓口支払い

依頼先

書類送付先

下記の接種方法を確認する自治体の所在地・担当課・電話番号を記載ください。

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

有・無

自治体・医療機関

本人(市内・滞在先)・確認先市町村

ロタウイルスワクチンについては、**ロタリックス、ロタテック**のどちらの種類になるかを**医療機関へ**ご確認ください