

様式第1号（第4条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

伊豆の国市定期予防接種実施依頼申請書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

住 所

申請者 氏 名

電話番号

対象者との続柄

静岡県外の医療機関で定期予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

申請理由	1 長期にわたり療養を必要とする疾病のため、静岡県外の医療機関を受診している			
	2 母親の里帰り出産等で長期にわたり静岡県外に滞在している			
	3 ドメスティックバイオレンス又は児童虐待の行為から逃れるため、静岡県外に事実上居住している			
	4 静岡県外の福祉施設に入所している			
	5 その他（ ）			
対象者	(ふりがな) 氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
	住 所			
予防接種名				
医療機関	名 称			
	所在地			
	電話番号			
滞在先	世帯主氏名 (施設名称)			
	住 所			
	電話番号			