定期予防接種の市町間相互乗入れ実施申請書
（ インフルエンザ・新型コロナ・高齢者用肺炎球菌・帯状疱疹定期用 ）

令和　　年　　月　　日

伊豆の国市長　様

住　所

氏　名

申請者　生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

被接種者から見た続柄　　（　　）

電話番号

下記の理由により、予防接種を受けるため市町間相互乗り入れを申請します。

被接種者	□　申請者と同じ			
	（ふりがな） 氏　名		電話番号	
	住　所	伊豆の国市		
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）	性　別	男　・　女
申請理由	□　主治医が旧田方郡（伊豆の国市・伊豆市・函南町）外であるため □　施設入所しているため □　その他 （　　）			
希望する予防接種名	□ インフルエンザ予防接種 □ 新型コロナウイルス感染症予防接種 □ 高齢者用肺炎球菌予防接種	帯状疱疹ワクチン定期予防接種 □生ワクチン □不活化ワクチン（1 回目・2 回目）		
希望する医療機関	医療機関名			
	所在地			
	電話番号			
書類の受取を郵送で希望する場合の送付先	□　申請者 □　被接種者			