

多摩市長 殿

申請者（被接種者（未成年者の場合は保護者）を記載してください。）

住 所 〒（ ー ）

氏 名

電 話 （ ）

申請者以外の連絡先（申請者以外に連絡が必要な場合に記載してください。）

氏 名

電 話 （ ）

被接種者との関係

多摩市予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり他区市町村で予防接種を受けるため依頼書の交付を受けたいので、多摩市予防接種費用の助成に関する要綱第4条第1項の規定により申請します。

被接種者	住 所	〒（ ー ）			
	フリガナ		男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)
	氏 名				
滞在先住所及び滞在期間	〒（ ー ） 年 月 日から 年 月 日まで				
実施医療機関名及び所在地					
予防接種の種類	(回目)	実施予定 年 月 日	年 月 日		
	(回目)		年 月 日		
	(回目)		年 月 日		
	(回目)		年 月 日		
申請理由	1 医学的な事情、医師の判断等によりかかりつけ医での接種が必要なため 2 出産、疾病等により他の区市町村に滞在し、滞在先の医療機関での接種が必要なため 3 医療機関、福祉施設等に入所しており、協力医療機関での接種が困難なため 4 その他 []				

(裏面に続きます。)

