

課 長	課長 補佐	係長	受付日	・	・	決
		担当	起票日	・	・	依頼書 発送日

記入例

申請日を記入

令和 ○年 ○月 ○日

伊達市長

(郵便番号 960-0634)

住 所 伊達市保原町大泉字大地内100番地

申請者

氏 名 伊達 桃子

「申請者」は、後の助成金申請の「請求者」及び「口座名義人」となります。

予防接種依頼書交付申請書

次のとおり契約医療機関以外で予防接種を受けたいので、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	住 所	伊達市保原町大泉字大地内100番地			
	氏 名	伊達 桃太郎		(男・女)	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	3年	5月	1日生
	電話番号	080-1111-2222			
保護者氏名	伊達 桃子				
希望する 予防接種の種類	ヒブ、小児肺炎球菌、四種混合、麻しん風しん、水痘				
予防接種を希望する 期間又は月日	令和4年5月				
接種医療機関名 (住所・電話番号)	〇〇小児科 〇〇県〇〇町〇〇〇番地 (023-456-7890)				
実施理由	里帰り中のため				
滞在先(住所地と異なる場合)	郵便番号 023-456-7891 〇〇県〇〇町〇〇〇番地 (電話番号 080-1111-2222)				