

予防接種 県外実施(依頼書発行)申請書

令和 年 月 日

天理市長 様

下記のとおり、県外の医療機関で带状疱疹ワクチンの予防接種を受けたい
と思いますので、依頼書の発行をお願いします。

申請者氏名	続柄 ()
住 所	TEL
接種を受ける者の氏名	
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)
住 所	奈良県天理市 町
現住所(施設など)	TEL
ワクチンの種類 (該当箇所に☑をつけてください)	☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン1回目 ☐ 不活化ワクチン2回目
実施医療機関名	
実施医療機関住所	
県外で受ける理由	☐ かかりつけ医 ☐ その他()

※ 予防接種に係る諸費用については天理市の委託料の範囲内で償還払いとなります

※ 申請者氏名は接種を受ける本人または本人の親族の氏名を記入してください。
注) 医療機関および施設代表者様名は不可です。