様式第１号（第５条関係）

いなべ市県外定期予防接種実施依頼書交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　いなべ市長　　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者

住　所　いなべ市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （被接種者との続柄：　　　　）

電話番号

　県外医療機関で予防接種を希望しますので、下記のとおり実施依頼書の交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　理由 | □里帰り出産等の理由で、接種の対象となる子どもが県外に長期に渡り滞在するため□病気等の理由で入院又は入所しており、県内で予防接種を受けることが困難であるため□両親が離婚調停中等の理由で県外の他市町村に事実上居住しているため□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２　被接種者 | 住所　いなべ市 |
| 滞在先　 |
| 滞在先電話番号　 |
| 氏　名　 | 性別 |  |
| 生年月日　　　令和　　年　　月　　日 |
| ３　予防接種名 |  |
| ４　接種医療機関 | 住　所　 |
| 医療機関名 |
| 電話番号 |