

(宛先) 高松市長

高松市定期予防接種等実施依頼書発行申請書

委託医療機関以外で予防接種を受けたいので、高松市定期予防接種等の接種費用助成要綱第5条の規定により、次のとおり高松市定期予防接種等実施依頼書の発行を申請します。

申請者 住所 高松市桜町1丁目10番27号

氏名 高松 太朗

接種を受ける人との続柄 父

昼間連絡のとれる電話番号 (090)0000-0000

予 防 接 種 名 及 び 回 数 (接種を希望する予防接種名・ 回数を記載してください)	予防接種名 五種混合	回数 1～3回目
	予防接種名 小児用肺炎球菌	回数 1～3回目
	予防接種名 B型肝炎	回数 1～3回目
	予防接種名 ロタ	回数 1～3回目
	予防接種名 BCG	回数 1回目
対象者(被接種者)氏名 (接種を受ける人の氏名)	フリガナ タカマツ ケンタ 高松 健太 (男)・女	
生 年 月 日	令和 6 年 5 月 1 日 (歳 か月)	
住 所	〒 ー 高松市 同上	
申 請 理 由	里帰り出産のため	
滞 在 先 住 所 (方書があれば方書も記入)	〒0000-0000 0000県00市00町00番地 △△マンション△△号室 00 様方	
滞 在 予 定 期 間	令和 6 年 4 月 1 日 ～ 令和 6 年 12 月 31 日頃	
接種を受ける市町村	(接種を受ける市区町村) 00市 (医療機関名) 00クリニック (医療機関所在地) 00市00町00番地	
依 頼 書 送 付 先	滞在先住所・その他 (送付先 〒)	
依 頼 書 の 宛 先	市区町村長宛 ・ 接種を受ける病院長宛 ※ 希望する予防接種が、集団接種か個別接種かを接種を受ける市区町村に必ず御確認の上、依頼書の宛先を選択してください。	

※この申請は接種前に行ってください。接種後の申請はできません。

※依頼書を郵送で受け取り希望の場合は、返信用封筒（宛先を記入し、94円切手貼付）を同封の上、高松市感染症対策課予防接種係（〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号）まで送付してください。