

府中町予防接種依頼申請書

令和 年 月 日

府中町長

申請者 (助成対象者)	住 所	〒	
	フリガナ		電 話 番 号
	氏 名		
被接種者との続柄			
本人確認	1 点確認	A:運転免許証・マイナンバーカード・在留カード・()	
	2 点確認	B:保険証・年金手帳(基礎年金番号通知書)・生保受給者証・() ※ B から2点 C:社員証・学生証・通帳・キャッシュカード・() ※C と B から各 1 点 または	

次のとおり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 (予防接種を受ける人)	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	令和 年 月 日(満 歳 月)	
	住 所	〒	
申請理由			
連絡先等 (滞在先)	住 所	〒	
	氏 名		
	連 絡 先		
	滞在期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
接種を希望する 医療機関	住 所	〒	
	名 称		
	電話番号		
予防接種の種類			

○府中町記入欄

予防接種依頼書交付	有 ・ 無	担当者	受付印
交 付 年 月 日	令和 年 月 日		

府中町予防接種依頼申請書

令和 ●年 ▲月 ◆日

府中町長

申請者 (助成対象者)	住 所	〒 735-0000 府中町.....	
	フリガナ	フチュウ ハナ	電 話 番 号
	氏 名	府 中 花	090-0000-0000
被接種者との続柄		母	
本人確認	1点確認	A:運転免許証・マイナンバーカード・在留カード・()	
	2点確認	B:保険証・年金手帳(基礎年金番号) C:社員証・学生証・通帳・キャッシュ または	

郵送で申請する場合は、本人確認書類のコピーを添付してください。

次のとおり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 (予防接種を受ける人)	フリガナ	フチュウ ツバキ
	氏 名	府 中 椿
	生年月日	令和 6 年 4 月 1 日(満 0 歳 1 月)
	住 所	〒735-0000 府中町.....
申請理由		里帰り出産のため
連絡先等 (滞在先)	住 所	〒 7●●-●●●● 〇〇県〇〇市.....
	氏 名	くすのき様方 府 中 花
	連 絡 先	090-0000-0000
	滞在期間	令和 6 年 4 月 1 日 ~ 令和 6 年 6 月 30 日
接種を希望する 医療機関	住 所	〒 7●●-●●●● 〇〇県〇〇市.....
	名 称	△△小児科
	電話番号	(080) 000-0000
予防接種の種類		ロタウイルス・小児用肺炎球菌・5 種混合・B 型肝炎

町から県外での接種に必要な書類を送付します。確実に届くように滞在先の世帯主の氏名を記載してください。

「滞在期間」が予定より延び、申請した滞在期間外に接種を受ける場合には、再度の申請が必要となりますので、ご注意ください。

「予防接種の種類」に記載されていないワクチンを接種する場合には、再度の申請が必要となりますので、ご注意ください。

○府中町記入欄	
予防接種依頼書交付	有 ・ 無
交 付 年 月 日	令和 年 月 日