

三原市B類疾病予防接種費補助金交付申請書兼予防接種依頼書交付申請書

三原市長様

申請者
(被接種者)

住所

氏名

※申請者本人が手書きした場合は、押印不要です。

電話番号

契約外医療機関での定期予防接種を希望しますので、補助金及び予防接種依頼書の交付を申請します。

また、審査に必要な場合は、世帯全員の住民票記載事項及び市民税課税状況について調査されることに同意します。

被接種者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住民票の住所		※申請者と同じ場合は、「同上」と記入してください。 〒 三原市		
	滞在先	住所	〒		
		電話番号			
接種予定の医療機関	名称			電話番号	
	住所				
接種予定の予防接種 ※該当するものに☑をしてください。		※带状疱疹は、乾燥弱毒生水痘ワクチン又は乾燥組換え带状疱疹ワクチンのどちらかのみ接種可。 ☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 高齢者肺炎球菌感染症 ☐ 带状疱疹（乾燥弱毒生水痘ワクチン） ☐ 带状疱疹（乾燥組換え带状疱疹ワクチン1回目） ☐ 带状疱疹（乾燥組換え带状疱疹ワクチン2回目）			
申請理由 ※該当するものに☑をしてください。		☐ 長期にわたり他市に滞在しているため ☐ かかりつけ医が広域化予防接種受託医療機関でないため ☐ その他（ ）			
依頼書の宛名・送付先 ※該当するものに☑をしてください。		宛 名	※医療機関所在地の自治体に確認してから記入してください。 ☐ 市区町村長 ☐ 接種を受ける医療機関		
		送付先	☐ 住民票の住所 ☐ 滞在先の住所 ☐ その他（ ）		
医療機関所在地市町村の予防接種担当部署		部署名		電話番号	

※申請者本人が自署できないため、代筆した場合は、申請者に予防接種の意思を確認のうえ、☑をし、代筆者の住所氏名と申請者との続柄を記入してください。

☐ 申請者が予防接種を希望していることを確認しました。

代筆者住所
氏名

続柄（ ）