(様式第１号)

定期予防接種実施依頼申請書【法定外】

年　　月　　日

福 知 山 市 長　　様

申請者　避難先住所　〒　　－

福知山市

様 方

住民登録住所　〒　　－

氏　名　　被接種者との関係(　　)

電　話　　－

配偶者等からの暴力被害等により福知山市内に避難しているため、住民登録のある市町村等で予防接種を受けることができないため、下記の予防接種について、定期予防接種として取り扱っていただきますよう申請します。

予防接種を希望する人	フリガナ	生年月日	年　月　日 (　歳　か月)
保護者氏名 電話番号	□ 申請者と同じ（こちらにレ点がある場合、記載不要）		
希望する予防接種の種類及び回数			
申請理由			
接種予定医療機関	※福知山市から事前に連絡させていただく場合があります		
接種券等送付先	１避難先住所 ２.その他(　　)		

【確認事項】

接種歴のわかるもの	□ 母子健康手帳　□ 他（　　）
申請者の確認書類	運転免許証・保険証・マイナンバーカード・他（　　）

受付担当者：

担当課：

(様式第１号)

定期予防接種実施依頼申請書【法定外】

年　　月　　日

福 知 山 市 長　　様

申請者　避難先住所　〒　　－

福知山市

様 方

住民登録住所　〒　　－

氏　名　　)

電　話　　－

記入の注意点

配偶者等からの暴力被害等により福知山市内に避難しているため、住民登録のある市町村等で予防接種を受けることができないため、下記の予防接種について、定期予防接種として取り扱っていただきますよう申請します。

予防接種を希望する人	フリガナ	生年月日	年　月　日 (　歳　か月)
保護者氏名 電話番号	□ 申請者と同じ（こちらにレ点がある場合、記載不要）		
希望する予防接種の種類及び回数	滞在中に接種希望の種類と回数		
申請理由			
接種予定医療機関	※福知山市から事前に連絡させていただく場合があります		
接種券等送付先	１避難先住所 ２.その他(　　)		

【確認事項】

接種歴のわかるもの	□ 母子健康手帳　□ 他（　　）
申請者の確認書類	運転免許証・保険証・マイナンバーカード・他（　　）

受付担当者：

担当課：

(様式第２号)

配偶者等からの暴力等の被害者の保護に関する証明書

避難先住所	福知山市	
フリガナ 避難者氏名		男・女
生年月日	年　　月　　日　生	
フリガナ 同伴者氏名		男・女
生年月日	年　　月　　日　生	
フリガナ 同伴者氏名		男・女
生年月日	年　　月　　日　生	
フリガナ 同伴者氏名		男・女
生年月日	年　　月　　日　生	
フリガナ 同伴者氏名		男・女
生年月日	年　　月　　日　生	

上記の者について、配偶者等からの暴力等を理由として保護したことを証明する。

なお、本証明の用途は、被害者及びその同伴者が、避難先である福知山市で定期予防接種を受けるための申請に使用する場合に限る。

年　　月　　日

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿＿＿