

定期B類予防接種実施依頼申請書

申請日 令和 年 月 日

福知山市長 様

申請者 住 所 〒

氏 名 (続柄)
電 話 ()

予防接種を受ける人	氏名		生年月日 大正 ・昭和 年 月 日
	住所	福知山市	電話 —
接 種 予 定 日		令和 年 月 日	
予防接種の種類	【 】 高齢者肺炎球菌 【 】 インフルエンザ 【 】 新型コロナ 【 】 带状疱疹		
滞 在 先 住 所 名 称 (病院・施設)	〒 様方 電話		
申請理由	・施設入所中 ・入院中 ・その他 ()		
依 頼 先 住 所 名 称 (病院・施設)	〒 主治医・市町村長等 [] 電話		
支払い方法	領収書の提出による返金 ・ 個別委託契約(契約書、請求書送付)		
書類送付先	申請者 ・ 滞在先 ・ 依頼先 ・ その他 ()		

*これより、下記は記入しないでください。

受 付 日 : 令和 年 月 日 受付者サイン

無料申請 なし・あり (該当 ・ 非該当)