

どちらかに○をする

令和〇年△△月××日

(あて先) 静岡市保

下記により、他市町村にて予防接種を受けたいのでよろしくお取り計らい願います。

記

住民票の住所

接種を受ける人 被接種者	住所	〒〇〇〇-△△△△ 静岡市〇〇区××××××××		
	フリガナ 氏名	シスオカ タロウ 静岡 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 〇〇年 △△月 ××日 大正	年齢	〇〇 歳
この書類を記入する人 申請者 (本人の場合は)	住所	〒〇〇〇-△△△△ 〇〇県〇〇市××××××××		
	氏名	葵 花子	希望する予防接種にチェックをつける。65歳以上で肺炎球菌を希望する場合は、市から送付された通知(原本)を添付。	
	電話	×××-××××	被接種者と住所が同じ場合は「同上」でも可	
生活保護の場合は生活保護証明等、非課税世帯の場合は介護保険料の特別徴収開始通知や主たる生計者の課税証明等を添付してください。	種類	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌 (市からの通知 (原本) を添付)		
	備考	生活保護世帯、または世帯全員が非課税の世帯に該当する		
	送付先住所	〒〇〇〇-△△△△ 〇〇県〇〇市××××× 葵 次郎 方	送付先住所の世帯主と申請者の名字が異なる場合、送付先世帯主の氏名を記入	
住民票の住所以外の場所に滞在している場合記入	滞在先住所	〒〇〇〇-△△△△ ××××××××	<input type="checkbox"/> 静岡市の住所 <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先の住所	
	滞在先機関名	〇〇クリニック	作成した依頼書の送付先にチェック。	
	電話	×××-×××-××××		
理由	通院のため、娘宅に滞在しているため			

かかりつけ医のため、施設に入所しているため等、静岡市で接種をしない理由を記入