

受託医療機関外予防接種申請書

年 月 日

犬 山 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

(被接種者との関係：)

電話番号

このことについて、下記の者が予防接種法に基づく予防接種を下記施設において希望しますので、依頼していただきますようお願い申し上げます。

記

依 頼 先	施 設 名	
	住 所	
	電話番号	
予 防 接 種 名	高齢者肺炎球菌ワクチン ・ 高齢者インフルエンザ予防接種	
接 種 者 名	(□申請者と同じ)	
生 年 月 日	大正・昭和	年 月 日
依 頼 す る 理 由		

※注意

- ・ 接種者の**保険証・介護保険負担限度額認定証の写し**をこの書類とともにご返送ください。
- ・ 接種費用は依頼先が設定する接種費用をお支払いください。
- ・ 接種後、保健センターにて償還払い手続きをしてください(上限額あり)。