令和 　　年 　月 　日

天草市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　（ 続柄 　 ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　　）

**予防接種の依頼について**

　　　予防接種法に基づく定期予防接種について、下記の通り依頼での接種を希望

します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  被接種者 |  |
| 生年月日 | 明治 ・大正 ・昭和　　 年 　月 　　 日（　　　）歳 |
| 被接種者住所  （住民票住所） | 天草市 |
| 予防接種 | □ 高齢者肺炎球菌　　□インフルエンザ　　□新型コロナ |
| 接種希望市町村  及び医療機関 | 都道府県　　　　　市  医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 天草市で接種  できない理由 | 1. かかりつけ医での接種 　　 2. 施設入所・入院中  3. その他（ 　　　　　　　　　　 ） |

※申請書等の郵送の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　　　請　　　書 | | 予　診　票 | 備　　考 |
| 発　送　日 | 返　信　日 | 発　送　日 | ※返信先住所・氏名等 |
|  |  |  |