碧南市定期予防接種（A類）実施依頼申請書（県外接種）

碧南市長　殿　　令和　　年　　月　　日

申請者	住　所	〒
	フリガナ	
	氏　名	
	電話番号	
	続柄	□被接種者本人　□同居の親族（　　）　□その他（　　）

私は下記の理由で、愛知県外で、定期予防接種（A類）を実施することを希望します。

被接種者	フリガナ	□申請者と同じ	
	氏　名		
	住　所（住民票所在地）	□申請者と同じ	
	生年月日	年　月　日（　歳）	
申請予防接種		□　RSウイルスワクチン（出産予定日　年　月　日） □　日本脳炎　特例接種（1回目、2回目、3回目、4回目）	
申請理由			
滞在先	住　所		
	滞在期間		
接種を希望する医療機関		医療機関名	
		所在地	
		電話番号	
確認事項		□接種を希望する医療機関が受入れ可能であること確認しました。 （　年　月　日）確認	

・依頼書の郵送を希望しますか。（書類発行までに2週間程度かかります）

① はい⇒　□　被接種者の住所　　□　その他（以下をご記入ください）

郵送先住所〒＿＿＿＿＿＿

＿＿＿県＿＿＿市＿＿＿町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様方

連絡先電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

② いいえ　窓口受取（　　月　　日）※7日を経過した平日の午後以降に限る

令和8年3月作成