

定期予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

池 田 市 長 様

申 請 者 氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

予防接種を受ける者との続柄 ( )

下記のとおり依頼書の発行を申請します。

1. 予防接種を受ける者 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日生 ( 歳)

住 所 池田市 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

2. 保 護 者 氏名 \_\_\_\_\_

※予防接種を受ける者が  
16歳未満の場合記入

住 所 池田市 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

3. 予防接種の種類 \_\_\_\_\_

4. 理 由 \_\_\_\_\_

5. 予防接種を受ける場所

都 道 市町村 医療機関名  
府 県

6. 滞在先 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

市記入欄

申請者	<input type="checkbox"/> 本人確認 (1点)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート
		<input type="checkbox"/> 身体/精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 写真付住基カード	<input type="checkbox"/> 在留カード
代理人	<input type="checkbox"/> 本人確認 (1点)	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 医療受給者証	<input type="checkbox"/> 年金手帳
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート
		<input type="checkbox"/> 身体/精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 写真付住基カード	<input type="checkbox"/> 在留カード
		<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 医療受給者証	<input type="checkbox"/> 年金手帳
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		

(宛 先)

決 裁	課 長	係 員

発行日	発行者	発行方法	確認者
/	Ⓜ	<input type="checkbox"/> 手交 <input type="checkbox"/> 郵送	Ⓜ