

奈良市定期予防接種承認書(依頼書)交付申請書(B類)

県外接種に〇をしてください

申請区分【対象者②・市外接種・**県外接種**】

(宛先) 奈良市長

令和 3年 ××月 ××日

接種対象者	住所	奈良市 三条本町13番1号 (電話 0742-34-5129)		
	フリガナ	ナラ タロウ		
	氏名	奈良 太郎		
	生年月日	明治 大正 昭和	××年 ××月 ××日	(〇〇歳)
予防接種の種類	インフルエンザ			
依頼する市町村名・医療機関名	市町村名	〇〇市		
	医療機関名	〇〇〇病院		
接種医師名 (県外接種の場合のみ)	依頼書を医師宛に交付するため、 接種医師名をフルネームで記入してください。			
接種時の滞在先 (連絡先)	入院中(施設入所中)等で上記住所地以外に滞在している場合に記入してください。 (電話)			
申請理由	入院中、入所中、かかりつけ医のためなど		<input type="checkbox"/> 対象者②の確認 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・意見書	
申請者	住所	申請者の住所、電話番号を記入してください。 (電話)		
	フリガナ	ヤマト ハナコ	被接種者 との続柄	接種対象者から見た続柄 原則、親族のみ(※1)
	氏名	大和 花子		

(※1) 親族が申請できない場合は、本人の状態をよく把握されているヘルパー、介護福祉士等が申請することも可能です。
不明な点がありましたら事前に健康増進課までお問い合わせください。