

## 予防接種依頼書 交付申請書

年 月 日

久留米市長 様

下記の理由により、県外にて予防接種を希望するため、予防接種依頼書の交付を申請します。

申請者	氏名		続柄	父・母 その他 ( )
	住所	電話番号		
予防接種を受ける者	ふりがな 氏名			
	生年月日	年 月 日		
	現住所	(※申請者と同一世帯の場合又は申請者本人の場合は省略できます) 久留米市		
	滞在先住所	〒	( 様方)	
		電話番号		
予防接種の種類と接種回数 (何回目の接種か)				
申請の理由				
依頼書の宛名		医療機関 ・ その他 ( )		
依頼書送付先		現住所 ・ 滞在先住所 その他 住所：〒  宛名：		

この申請により交付される依頼書は、予防接種法に基づく定期予防接種を市外の医療機関で受ける際、その実施責任が久留米市にあることを明確にした書類です。予防接種費用は、接種地の市町村が負担する場合を除いて、自己負担となりますが、接種後1年以内の申請により、久留米市で定めた上限額の範囲で払戻しいたします。

### 市記入欄

- 受付場所 保健所 田主丸 北野 城島 三潁 南部
- 受付者 \_\_\_\_\_
- 母子手帳写し 済 不要 (高齢者のみ) \_\_\_\_\_
- 送付日/送付者 \_\_\_\_\_ 年 月 日/ \_\_\_\_\_

受 付 印