

別記様式第3号（5－（11）関係）

高山市予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

（あて先）高山市長

申請者 住所
氏名
被接種者との続柄（ ）
電話

下記の理由により、予防接種を高山市外の医療機関で受けたいので、高山市予防接種実施依頼書の発行を申請します。

ふりがな 被接種者氏名	
生年月日	
住所	高山市
連絡先（電話番号）	
予防接種の種類	(1) インフルエンザ (2) 肺炎球菌感染症 (3) 新型コロナウイルス感染症 (4) 帯状疱疹 ※希望する予防接種を○で囲んでください。
滞在先住所	〒 様方
連絡先	(電話)
滞在期間	
希望する市町村 接種医療機関名	_____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村 医療機関名 医療機関住所 医療機関電話番号
希望する理由	

（注意）医療機関の窓口で接種費用を支払っていただいた後、接種費用の一部を助成します。
（市が定めている接種料から市が定めている自己負担額を差し引いた額が上限となります。）