

年 月 日

甲斐市長様

住 所 甲斐市

保護者氏名

### 甲斐市外での予防接種の接種申請について

このことについて、下記の理由により申請します。

#### 1. 被接種者名

氏 名 :

生年月日 :

住 所 : 甲斐市

#### 2. 接種を希望する医療機関名 (集団接種の場合は市町村名)

#### 3. 予防接種の種類 (接種を希望するものに○をつけてください)

ヒブ	小児肺炎球菌	B型肝炎	ロタウイルス
5種混合	4種混合	2種混合	BCG 麻しん・風しん混合
水痘	日本脳炎	子宮頸がん	高齢者インフルエンザ
新型コロナ	高齢者肺炎球菌	帯状疱疹	

#### 4. 甲斐市で予防接種ができない理由

#### 5. 連絡先 (滞在先)

住所 〒

様方

TEL

備 考 ( 相互乗り入れ : 有 •  無 )