予 防 接 種 依 頼 申 請 書

申請年月日：　　年　　月　　日

・予防接種依頼書により石垣市外で予防接種を受け、予防接種健康被害が発生した場合は、予防接種法に基づき石垣市が救済を行います。

・接種料金等が発生した場合は、一旦接種者負担となりますが、後日石垣市からの助成金を申請することができます。

上記のことについて、説明を受け理解した上、記入情報を依頼先の市町村及び医療機関へ提出することに同意し申請します。

年　　月　　日

氏名　　㊞

被　接　種　者	フリガナ 氏　名
生　年　月　日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日
接種者住所（住民登録地　　）	〒９０７－ 沖縄県石垣市
受ける予防接種を○で囲む	○高齢者インフルエンザ ○高齢者用肺炎球菌ワクチン
依頼書等の送付先	〒 住　所： 世帯主名（施設名）： 電話番号：
石垣市で受けれない理由	
滞在予定期間	年　月　日 ～　年　月　日
申　請　者	・（続柄：　　） ・氏名：　　電話： 住　所：
接種予定医療機関名 住　所 電　話　番　号	
備　考	

石垣市健康福祉センター