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

依頼する予防接種名	
依　頼　理　由	1.里帰り出産滞在のため　2.その他（　　）
受ける児の名前	フリガナ 氏　名
受ける児の生年月日	年　　月　　日
接種者住所	〒９０７－ 沖縄県石垣市
保護者氏名	フリガナ 氏　名 自宅電話： 携帯電話：
滞在先住所	〒 住　所： 世帯主名： 電話番号：
滞在予定期間	年　月　日　～　年　月　日
申請に来た人	・保護者（続柄:　　） ・代理人　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