

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

練馬区長 殿

申請者住所

氏名

（被接種者との関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、練馬区予防接種契約医療機関（区と予防接種相互委託協定を締結する自治体との契約医療機関を含む。）以外の医療機関にて予防接種を受けたいため、練馬区里帰り等による定期予防接種等費用助成要綱第5条の規定により、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

なお、この申請に当たり、被接種者（申請者）の住所の確認のために、練馬区が住民基本台帳の確認をすることに同意します。

記

被接種者	住 所	
	ふりがな 氏 名	（ 男 ・ 女 ）
	生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）
保護者名	電話	— —
予防接種 の種類		
滞在先住所 （依頼書送付 先住所）	〒	
申請理由		
予防接種実施 依頼先	医療機関名	
	医療機関所在地	