

# 記入例

第1号様式（第5条関係）

令和3年4月 1日

練馬区長 殿

申請者住所 **練馬区豊玉北6-12-1**  
 氏名 **練馬 さくら**  
 （被接種者との関係 **母** ）

## 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	練馬区豊玉北6-12-1	住民票がある住所を記入してください。	
	ふりがな氏名	ねりま いちろう 練馬 一郎	（男・女）	
	生年月日	令和 2年 10月 1日生（0歳6か月）		
保 護 者 名	練馬 さくら	電話 ●●● - ●●●● - ●●●●	連絡が取りやすい電話番号を記入してください。	
予防接種の種類	BCG（結核） B型肝炎 1回目 Hib（ヒブ） 1回目 小児用肺炎球菌 1回目 DPT-IPV（4種混合） 1回目			
滞在先住所 （依頼書送付先住所）	〒●●●-●●●● ●●●●県●●●●市●●●●町●●-●●-●● 群馬 楓 様方			書類などを送付する時の住所、名前、肩書などを記入してください。滞在先住所地表札が申請者氏名と異なる場合には、〇〇様方までご記入ください。
申 請 理 由	里帰り出産により、滞在先自治体の医療機関での接種を希望するため			
予 防 接 種 実 施 依 頼 先	医 療 機 関 名	●●●小児科内科クリニック		接種を受ける予定の医療機関名、所在地を記入してください。
	医 療 機 関 所 在 地	●●●●県●●●●市●●●●町●●-●●-●●		