

宮古市定期予防接種受診券（依頼書）交付申請書

宮古市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

宮古市定期予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり定期接種を受けたいので、宮古市定期予防接種受診券（依頼書）の交付を申請します。

記

申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医又は主治医が宮古市外にいる。 <input type="checkbox"/> 施設入所等の理由により、宮古市外に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
被接種者	氏名		生年月日 年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所に同じ 〒 宮古市	
保護者氏名	(続柄)		
書類の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者の住所以外 (次の欄を記入してください)		
	住所	〒	
	氏名		電話番号
希望する定期接種の種類 ※□にレ点をつけてください。	<input type="checkbox"/> インフルエンザ		
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症（高齢者）		
接種予定医療機関	名称		電話番号
	住所	〒	

宮古市処理欄

宮古市処理欄	受診券種別	課税状況（世帯）	証明書有
	岩手県高齢者広域接種受診票	課税・非課税・生保・不明	
	受診券（委託医療機関用）＊県内	課税・非課税・生保・不明	
	償還払受診券（委託外医療機関用）	課税・非課税・生保・不明	
	依頼書（委託医療機関用）	課税・非課税・生保・不明	

記入例

令和〇年4月10日

宮古市定期予防接種受診券（依頼書）交付申請書

宮古市長 あて

該当する欄にし点
または記入申請者 住所 宮古市新川町2番1号
氏名 宮古 太郎
電話番号 090-2110-2110

宮古市定期予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり定期接種を受けたいので、宮古市定期予防接種受診券（依頼書）の交付を申請します。

記

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医又は主治医が宮古市外にいる。 <input type="checkbox"/> 施設入所等の理由により、宮古市外に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
被接種者	氏名	宮古 太郎	生年月日	S10年10月10日生
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ 〒027-0081 宮古市新川町2番1号		
保護者氏名	宮古 花子 (続柄) 長女			
書類の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所以外 (次の欄を記入してください)			
	住所	〒020-0101 盛岡市〇〇町〇番〇号		
	氏名	宮古 花子	電話番号	〇〇〇〇
希望する定期接種の種類 ※□にし点をつけてください。	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 (高齢者)			
接種予定医療機関	名称	〇〇医院	電話番号	019-000-0000
	住所	〒020-0000 盛岡市□□町〇番〇号		

宮古市処理欄

宮古市処理欄	受診券種別	課税状況 (世帯)	証明書有
	岩手県高齢者広域接種受診票	課税・非課税・生保・不明	
	受診券 (委託医療機関用) * 県内	課税・非課税・生保・不明	
	償還払受診券 (委託外医療機関用)	課税・非課税・生保・不明	
	依頼書 (委託医療機関用)	課税・非課税・生保・不明	