

年 月 日

さくら市長 中村卓資 様

申込者 住 所

氏 名

被接種者との続柄

電話番号

（日中連絡がとれる番号）

指定外医療機関法定外予防接種申込書

さくら市法定外予防接種の助成に関する要綱第9条第1項の規定により下記のとおり申し込みます。

記

被接種者住所	さくら市
被接種者氏名	
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
保護者氏名	
予防接種の種類 〔 該当する予防接種を ○で囲んでください。 〕	・高齢者用肺炎球菌 ・風しん・麻しん ・おたふくかぜ ・その他（ ・風しん ・インフルエンザ ・帯状疱疹 ）
指定外医療機関で 接種する理由	
接種希望医療機関名	
接種希望年月日	年 月 日