年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号
(対象者との関係)

野田市予防接種実施依頼書交付申請書

予防接種を野田市の委託医療機関以外の医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

対 象 者	住 所	
	ふ り が な	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
保 護 者 氏 名		
申 請 理 由		1 保護者の里帰り出産のため 2 医療機関に長期入院等しているため 3 その他 ()
滞在先の居所及び 連絡先	居 所	
	連 絡 先	
滞 在 期 間		年 月 日まで (予定)
依頼する医療機関 の名称及び所在地	名 称	
	所 在 地	
予 防 接 種 の 種 類		

委任状

(宛先) 野田市長

予防接種の償還払いに係る申請及び書類の受領等について、代理人へ権限を委任します。

(自己負担金免除を希望する方のみチェックしてください。なお、払い戻し金額には上限があり、全額免除とならない場合があります。)

- 非課税世帯に該当するので、市が課税台帳を確認することに同意の上、自己負担金の免除を希望します。
- 生活保護受給者に該当するので、市が生活保護受給状況を確認することに同意の上、自己負担金の免除を希望します。

令和 年 月 日

〒 -

委任者
(接種を受ける方)

住所 野田市 _____

氏名 _____ 印

〒 -

代理人

住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

書類の送付先

委任者住所 ・ 代理人住所 ・ その他 (下枠に記入)

住所	〒 -	都道 府県	市区 町村
.....			
.....			
宛名			

----- ※代筆で委任状を作成する場合のみご記入ください※ -----

委任者 (接種を受ける方) は字が書けないため、委任者の意思を確認した上で代筆しました。

※意思確認ができない場合、予防接種法に基づく接種を受けることはできません。

代筆者氏名 _____ 委任者との続柄 _____