

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)

(電話番号)

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	
	フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
保護者名		
予防接種 の種類		
依頼書送付先	【上記住所参照】 1 申請者住所 ----- 【この欄に記入】 2 里帰り等滞在先住所 3 その他 () 〒	
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	
他の自治体 からの助成※	1 助成なし 2 助成あり（練馬区からの助成は受けられません）	
依頼書宛名※	1 医療機関の長 2 滞在先の自治体の長	

※滞在先の自治体（区市町村）に「里帰り等により滞在先の方に対して、接種費用の助成をしているか」、「予防接種実施依頼書（第2号様式）の宛名を医療機関の長と自治体の長のどちらとするか」をご確認の上、選択してください。