（様式第１-２号）

坂井市予防接種実施依頼書発行申請書

申請日：　　年　　月　　日

坂井市長　様

住　　所　　坂井市

申請者氏名
接種者との関係（　　）
電話番号（日中連絡のとれる番号）：

下記の理由により予防接種依頼書の発行を申請します。

1　市（県）外の施設に入所
2　市（県）外の病院に入院
3　その他（　　）

太枠内を記入してください。

接種を受ける人の氏名	(フリガナ)	
	生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
住所	〒 坂井市	
滞在先住所	〒 世帯主名（　　）	
予防接種の種類 ※今回申請するものに○をつけてください。	高齢者用インフルエンザ	
	高齢者用肺炎球菌	
	高齢者用新型コロナウイルス感染症	
	帯状疱疹	１回目　　２回目
接種を受ける医療機関	医療機関名	
	住　　所	
	電 話 番 号	

※記入後、坂井市健康増進課へ郵送またはご持参ください。
※接種時点で、坂井市に住所がない場合は公費対象にはなりません。

送付先：〒919-0592　福井県坂井市坂井町下新庄１－１
坂井市役所健康増進課　予防接種係
電話番号：０７７６－５０－３０６７