

年 月 日

## 予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

那覇市長 宛

申請者

住 所 那覇市

氏 名

電 話

下記の者は那覇市の実施する予防接種が受けられません。つきましては、  
\_\_\_\_\_（都道府県）\_\_\_\_\_（市区町村）での接種を希望しますので、  
予防接種依頼書の発行をお願いします。

|                         |                                     |       |      |       |
|-------------------------|-------------------------------------|-------|------|-------|
| 被接種者<br>(予防接種を<br>受ける人) | 住民登録地                               | 那覇市   |      |       |
|                         | フリガナ                                |       |      |       |
|                         | 氏名                                  |       |      |       |
|                         | 性別                                  | 女     | 生年月日 | 年 月 日 |
|                         | 出産予定日                               | 年 月 日 | 妊娠週数 |       |
| 受ける定期予防接種を<br>○で囲む      | ・ RS ウイルス(母子免疫ワクチン)                 |       |      |       |
| 滞在地連絡先                  | ・滞在先住所 〒<br>.....<br>・滞在先の世帯主名( 様方) |       |      |       |
| 申請する理由                  |                                     |       |      |       |
| 依頼書の宛先                  | 1. 市区町村長宛て<br>2. 接種を受ける病院宛て (病院名: ) |       |      |       |
| 依頼書送付先                  | 1. 那覇市の住所(住民登録地)      2. 滞在先住所      |       |      |       |

# 記入例

令和 8 年 8 月 1 日

## 予防接種依頼書交付申請書

那覇市長 宛

申請者

住所 那覇市 与儀 1-3-21

氏名 那覇 未来

電話 090-1234-5678

下記の者は那覇市の実施する予防接種が受けられません。つきましては、  
長崎 (都道府県) 佐世保 (市区町村) での接種を希望しますので、  
予防接種依頼書の発行をお願いします。

那覇市で登録されている  
住所を記載してください。

|                         |  |                 |      |                |
|-------------------------|--|-----------------|------|----------------|
| 被接種者<br>(予防接種を<br>受ける人) | 住民登録地  | 那覇市 与儀 1-3-21   |      |                |
|                         | フリガナ   | ナハ ミライ          |      |                |
|                         | 氏名   | 那覇 未来           |      |                |
|                         | 性別   | 女               | 生年月日 | 平成 5 年 4 月 1 日 |
|                         | 出産予定日  | 令和 8 年 10 月 1 日 | 妊娠週数 | 29 週 5 日       |
| 受ける定期予防接種を<br>○で囲む      | ○ RS ウイルス(母子免疫ワクチン)  |                 |      |                |
| 滞在地連絡先                  | ・滞在先住所 〒814-0004<br>福岡県福岡市早良区曙○丁目○番○号<br>・滞在先の世帯主名( 佐藤 様方) 電話: 080-9876-5432 |                 |      |                |
| 申請する理由                  | 里帰り出産のため   |                 |      |                |
| 依頼書の宛先                  | 1. 市区町村長宛て<br>2. 接種を受ける病院宛て (病院名: ふくおか産婦人科 )                                 |                 |      |                |
| 依頼書送付先                  | 1. 那覇市の住所(住民登録地) 2. 滞在先住所  |                 |      |                |