

県外接種（前）

年 月 日

（宛先）松阪市長

申請者

住民登録の
ある住所 〒

名 前

電話番号

県外での予防接種の実施の申出書

松阪市が実施する予防接種について、下記の理由により松阪市内で受けられませんので、滞在先にて接種できますようご配慮をお願い申し上げます。

1. 被接種者

住民登録の ある住所	☐ 申請者と同じ （記入不要） ☐ 申請者と異なる （申請者との続柄： ） 〒 松阪市		
名 前		フリガナ	
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女

2. 滞在先

滞在先住所 （施設名等）	〒
連 絡 先	
理 由	

3. 接種を予定する種類等

予 定 日	年 月 日
種 類 等	带状疱疹ワクチン

4. 接種を予定する医療機関

医療機関名	
住 所	〒
連 絡 先	

記入例 県外接種助成金（接種前）

県外の医療機関で定期接種を受けることを希望する場合、接種前に申請してください。

県外接種（前）

年 月 日

（宛先）松阪市長

窓口に来た方が申請者となります
身分証明書が必要です

申請者（保護者）

住民登録の
ある住所

〒515-0078 松阪市春日町一丁目19番地

名前

松阪 太郎

電話番号

0598-31-1212

松阪市が実施する予防接種について、下記の理由により松阪市内で受けられませんので、滞在先にて接種できますようご配慮をお願い申し上げます。

1. 被接種者

住民登録のある住所	☒ 申請者と同じ（記入不要） ☐ 申請者と異なる（申請者との続柄： ） 〒 松阪市		
名前	松阪 花子	フリガナ	マツサカ ハナコ
生年月日	昭和35年5月1日	性別	男・女

2. 滞在先

連絡のとれる住所と電話番号を記入してください

滞在先住所（施設名等）	〒163-8001 東京都新宿区西新宿一丁目〇番地 はるる病院
連絡先	03-5321-〇〇〇〇
理由	入院中のため

3. 接種を予定する種類等

医療機関等に書類を送付するために目安となる日付を記入してください

予定日	令和7年5月1日
種類等	带状疱疹ワクチン

4. 接種を予定する医療機関

必ず記入してください

医療機関名	はるる病院
住所	〒163-8001 東京都新宿区西新宿一丁目〇番地
連絡先	03-5521-〇〇〇〇