

様式第 1 号 (第 4 条関係)

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

小豆島町長 殿

申請者 住所

氏名

(被接種者との関係)

次のとおり、予防接種を受けたいので、小豆島町予防接種費の償還払いに関する要綱第 4 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。

| | | |
|---------------|------------------|-------|
| 被接種者 | 住 所 | |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 保護者 | 氏 名 | |
| | 電話番号 | |
| 予防接種の種類 | | |
| 申請理由 | (1) 里帰り出産のため | |
| | (2) 県外施設への入所等のため | |
| | (3) その他 () | |
| 依頼する市区町村医療機関名 | | |
| 滞在期間 | 年 月 日～ 年 月 日 予定 | |
| 滞在先 | 〒 | |