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 | 〒 | |