

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

富加町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

被接種者との続柄()

次のとおり予防接種を受けたいので、富加町予防接種費の償還払いに関する要綱第4条第1項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	富加町 電話番号
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)
	滞 在 先	〒 ー 様方 電話番号
	滞 在 予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日予定
	申請理由	里帰り出産等により、契約外の医療機関等で接種するため。
予防接種名	RS ウイルス	
医療機関名※	(接種を依頼できることを確認の上ご記入ください。)	

※集団接種の場合は、実施市町村名を記入してください。

- 依頼書送付先 申請者 施設担当者
 依頼先市町村 依頼先医療機関