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

日之影町長　様

申請者

住所

氏名

（被接種者との関係：　　　　　）

下記のとおり予防接種を受けたいので、日之影町予防接種費の償還払に関する要綱第4条の規定に　より、予防接種依頼書の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　所 | 〒 |
| ふりがな  氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生　　（　　　）歳 |
| 保護者名 | （被接種者との関係：　　　　　）  電話：　　　　　―　　　　　　― | |
| 予防接種名 |  | |
| 申請理由 | （1）保護者の里帰り出産等で、県外に事実上居住しているため | |
| （2）両親が離婚調停中等の理由で、県外に事実居住しているため | |
| （3）県外の施設等に入院、入所しているため | |
| （4）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 | |
| 滞在住所 | 〒 | |

記