

年 月 日

八百津町長 様

申請者(保護者)

住所

氏名

(被接種者との続柄: )

電話番号

予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、予防接種を受けたいので、八百津町予防接種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依頼書の交付を申請します。

なお、この申請に当たり、住民基本台帳の確認をすることに同意します。

被接種者	住 所	〒
	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
予防接種名		
申請理由等	(1) 疾病又は保護者の里帰り出産で、県外に居住しているため	
	(2) 両親が離婚調停中等の理由で、県外に居住しているため	
	(3) 県外施設への入所等の理由で、県外に居住しているため	
	(4) その他 ( )	
依頼医療機関名		
滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定	
滞在先住所 (入所先住所)	〒 - 電話番号 (入所先名称: )	