様式第１号（第５条関係）

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年　　月　　日

　大子町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  （保護者） | 住　　所　大子町大字 |
| （フリガナ） |
| 氏　　名 |
| 生年月日　　　　　　　年　　月　　日 |
| 電話番号 |

　県外の医療機関での予防接種を希望しますので、大子町定期予防接種費用助成金交付要綱第５条の規定により、次のとおり実施依頼書の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　　所 |  | | |
| 滞在先 |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳　　か月） | 性別 | 男　女 |
| 予防接種  の種類 |  | | | |
| 申請理由 | １　里帰り出産により、県外に長期滞在しているため  ２　災害や疾病により、県外に長期滞在しているため  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 接種予定  医療機関 | 医療機関名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |