

年 月 日

五霞町長

様

申請者（保護者）

住所 五霞町

氏名

（被接種者との続柄）

電話番号

五霞町予防接種依頼書交付申請書

五霞町予防接種費用助成金交付要綱（平成 26 年五霞町告示第 88 号）第 4 条第 1 項の規定により，下記のとおり申請します。なお，記載した内容について，町から実施医療機関に対し提供することに同意します。

記

予防接種の種類		
被接種者	住 所	〒
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
実施医療機関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
申請理由 (該当する項目に○を付けてください。)		1 やむを得ない理由により，県外の市町村に長期にわたり滞在するため ※該当する場合は、次に記入してください。 理由 () 滞在先住所及び連絡先 〒 (様方) 電話番号 2 契約医療機関等以外の医療機関等に入院し，又は入所しているため 3 かかりつけ医療機関が契約医療機関等以外の医療機関であるため 4 その他 ()