

年 月 日

瑞穂町長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

予防接種依頼書交付申請書

瑞穂町里帰り等定期予防接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、対象者であることを審査するため、瑞穂町が病院・施設等の関係機関に問い合わせることに同意します。

記

被 接 種 者	住 所	
	氏 名	(ふりがな)
	生年月日	年 月 日
定 期 予 防 接 種 名		
申 請 理 由		
滞 在 先 住 所		
滞 在 期 間 (予 定)	年 月 日 ~ 年 月 日	
接 種 希 望 医 療 機 関 名	医 療 機 関 名	
	所 在 地	