

様式第1号（第5条関係）

度会町予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

度会町長 宛

下記のとおり、県外医療機関等で予防接種を受けたいので、度会町予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	度会町
申請者 (保護者)	氏名	
	続柄	
	住所及び 電話番号	<input type="checkbox"/> 被接種者と同居（記入不要） <input type="checkbox"/> 被接種者と別居（以下に記入） 日中連絡先電話番号 — —
滞在先	世帯主名	
	住所	
	滞在期間	年 月 日～ 年 月 日
滞在理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため（記入不要） <input type="checkbox"/> その他（以下に記入）	
予防接種名		
接種予定日	年 月 日	
接種医療 機関	所在地	
	名称	
	電話番号	
依頼書の 送付先	<input type="checkbox"/> 住所地（記入不要） <input type="checkbox"/> 滞在先（記入不要） <input type="checkbox"/> その他（以下に記入）	

※ 記入欄

接種方法：個別 集団

費用負担：自己負担 滞在先負担 その他（ ）