

様式第1号(第5条関係)

真庭市定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

真庭市長 様

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄

電話番号 ()

岡山県外の医療機関において定期予防接種を受けたいので、真庭市定期予防接種費用助成事業実施規程第5条の規定により依頼書の交付を次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
被接種者住所及び連絡先	・申請者と同じ 〒 電話番号 () 真庭市		
滞在先住所及び連絡先	〒 電話番号 ()		
依頼先	1 市区町村長(都・道・府・県 市・区・町・村) 長 2 その他 ()		
理由 (該当する番号に○をつけてください。)	1 里帰り出産により依頼先に滞在中のため 2 依頼先にある医療機関に入院、通院中のため 3 依頼先にある施設に入所中のため 4 その他()		
予防接種の種類			

※申請時に母子健康手帳等により接種履歴を確認すること。

※氏名欄は、本人自署又は記名押印とすること。