

年 月 日

善通寺市長 様

申請者 住 所
氏 名
(被接種者との関係)
電話番号 ()

予防接種実施依頼書交付申請書

善通寺市予防接種費の償還払いに関する要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり
予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被 接 種 者	住 所	善通寺市
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
保 護 者 氏 名		
予 防 接 種 名		
申 請 理 由	☐ 保護者の里帰り出産等の理由により県外に事実上居住するため ☐ 長期の医療機関への入院又は施設への入所等の理由により県外に事実上居住するため ☐ その他 ()	
依頼する 市 区 町 村 医療機関名		
滞 在 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定	
滞 在 先 住 所	〒 — 連絡先： — —	
依頼書送付先	☐ 善通寺市住所 ☐ 県外の滞在先住所 ☐ その他 (〒)	