

様式第1号（第4条関係）

係 員	参 事	係 長	所 長	課長補佐	課 長

「予防接種依頼書」交付申請書

被 接 種 者	フリガナ 氏 名	男・女
	生 年 月 日	年 月 日生
	住 所	TEL
予 防 接 種 名		
申 請 す る 人	助成対象者氏名	㊟
	住所又は滞在地 (上記被接種者住所と 異なる場合のみ記入)	TEL
依 頼 す る 理 由		
接 種 予 定 日		年 月 日
前 回 の 予 防 接 種		予防接種名 () 接 種 日 (年 月 日)
接種予定の医療機関名 又は市町村名		

※ 助成対象者氏名欄は、助成対象者の署名及び押印が必要です。