様式第１号（第５条関係）

氷見市予防接種実施依頼書交付申請書

 年 月 日

氷見市長 あて

# 申請者 住所

氏名

被接種者との関係

 氷見市予防接種費用の償還払に関する要綱第５条第１項の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

この申請に必要な予防接種の内容を氷見市が医療機関等に確認することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者  | 住 所  |  〒   |
| フリガナ  |   | 生年月日  |  年 月 日  |
| 氏 名  |   |
| 性別  | 男 ・ 女  |
| 保護者氏名 ※被接種者が申請者と異なる場合  |   | 電話番号  |   |
| 接種医療機関名および所在地  | 〒   |
| 予防接種種類 |   |
| 滞在期間  |  年 月 日 から 年 月 日まで |
| 申請理由  |   |
| 滞在先住所及び電話番号  | 〒  電話番号 　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 方） |