

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

基山町長 様

申請者 住 所
氏 名 印
(被接種者との続柄)

基山町予防接種実施依頼書交付申請書

基山町が契約する医療機関等で予防接種を受けることができないため、基山町予防接種費助成実施要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。なお、助成金該当確認のため、住民基本台帳を確認することについて承諾します。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者 氏 名		性 別	男 ・ 女
保護者名			
住 所	電話番号 — —		
滞在先 住 所	電話番号 — —		
実施医療 機関等名			
依頼する 理由	1 母親の里帰り出産などにより、県外に里帰りするため。 2 県外の医療機関等に入院又は入所しているため。 3 疾病等のため、県外の医療機関等で接種することが望ましいため。 4 その他 ()		
予防接種 の種類			