

様式第1号

年 月 日

天童市長 様

申請者 〒
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____
被接種者との関係 _____

予防接種実施依頼書交付申請書

県外で予防接種を受けたいので、天童市予防接種費の償還払いに関する要綱第4条の規定により、予防接種実施依頼書の交付について、下記のとおり申請します。

記

被接種者 (予防接種を受ける者)	ふりがな 氏名				
	生年月日	年	月	日	性別
保護者等氏名	被接種者との関係 ()				
天童市の住所	〒	(TEL - -)			
滞在先住所	〒	(TEL - -)			
接種医療機関 (所在地・名称・ 電話番号)	〒	(TEL - -)			
申請理由 (該当する番号に○)	(1) 出産等の理由で、接種対象の子供を連れて、県外の他市町村に長期にわたり里帰りするため (2) 離婚調停中などの理由で、県外の他市町村に事実上居住しているため (3) 県外の施設に入所しているため (4) その他 ()				
県外予防接種を 予定している 予防接種の種類					

