

様式第 1 号 (第 4 条関係)

天龍村県外定期予防接種実施依頼書交付申請書

天龍村長 殿

年 月 日

申請者	住所			
	氏名		被接種者	
	電話		との続柄	

天龍村県外定期予防接種助成事業実施要綱第 3 条の規定に基づき、長野県外で予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	(フリガナ) 氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	(歳 か月)	
	住 所	天龍村		
	保護者	(被接種者が 18 歳未満の場合に記入)		
予防接種の種類 (県外で接種を希望する種類・回数を記入してください)				
申請理由 ※あてはまる番号を○で囲んでください。 (3 の場合は () 内に具体的に記載してください。)	1. 母親の里帰り出産等により、県外に居住しているため。 2. 主治医等の指示により、県外の医療機関で接種する必要があるため。 3. その他 ()			
実施医療機関等	名 称			
	所在地	〒		
滞在先等住所 及び電話番号	〒			
滞在校期间	年 月 日から	年 月 日まで		
依頼書送付先	1 申請者に同じ 2 被接種者住所に同じ 3 滞在先住所に同じ 4 その他 ()			