

様式第 1 号（第 3 条関係）

申請日 令和 3 年 6 月 1 日

和木町長 様

申請者 住 所 和木町和木 2 丁目 1 5 番 1 号  
氏 名 和木 太郎  
電話番号 0827-52-7290

予防接種依頼書交付申請書

契約外医療機関において予防接種を受けたいので、和木町予防接種料助成金交付要綱に基づき、予防接種依頼書の交付を次のとおり申請します。

|                             |                     |                                                                                                                                          |             |   |
|-----------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|
| 被接種者<br>(予防接<br>種を受け<br>る人) | フリガナ                | ワキ ハナコ                                                                                                                                   | 申請者と<br>の続柄 | 子 |
|                             | 氏 名                 | 和木 花子                                                                                                                                    |             |   |
|                             | 生年月日                | 令和 3 年 4 月 1 日                                                                                                                           |             |   |
|                             | 住 所                 | 和木町和木 2 丁目 1 5 番 1 号                                                                                                                     |             |   |
| 予防接種の種類                     |                     | Hib ワクチン<br>小児肺炎球菌ワクチン                                                                                                                   |             |   |
| 申請理由                        |                     | ( ) 健康上継続的な治療や経過観察等が必要であり、<br>契約医療機関で接種することが困難なため<br>( ) 保護者の健康上の理由等により、契約医療機関で<br>接種することが困難なため<br>(○) その他 里帰りにより契約医療機関で接種すること<br>が困難なため |             |   |
| 接種を希望する<br>医療機関             | 住 所                 | 〒 XXX-XXXX                                                                                                                               |             |   |
|                             | 名 称                 | XX 病院                                                                                                                                    |             |   |
|                             | 電話番号                | XXXX-XX-XXXX                                                                                                                             |             |   |
| 被接種者の<br>滞在先                | 住 所                 | 〒 XXX-XXXX                                                                                                                               |             |   |
|                             | 氏名・施設<br>名・所在地<br>等 | XX 県 XX 市 XX 町 X 丁目 X-X                                                                                                                  |             |   |
|                             | 電話番号                | XXXX-XX-XXXX                                                                                                                             |             |   |

|           |          |    |
|-----------|----------|----|
| 和木町記入欄    |          | 受付 |
| 予防接種依頼書交付 | 有 ・ 無    |    |
| 交付年月日     | 平成 年 月 日 |    |

様式第 1 号（第 3 条関係）

申請日 年 月 日

和木町長 様

申請者 住 所〒  
氏 名  
電話番号

予防接種依頼書交付申請書

契約外医療機関において予防接種を受けたいので、和木町予防接種料助成金交付要綱に基づき、予防接種依頼書の交付を次のとおり申請します。

|                     |                     |                                                                                                            |         |  |
|---------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 被接種者<br>(予防接種を受ける人) | フリガナ                |                                                                                                            | 申請者との続柄 |  |
|                     | 氏 名                 |                                                                                                            |         |  |
|                     | 生年月日                | 年 月 日                                                                                                      |         |  |
|                     | 住 所                 | 和木町                                                                                                        |         |  |
| 予防接種の種類             |                     |                                                                                                            |         |  |
| 申請理由                |                     | ( ) 健康上継続的な治療や経過観察等が必要であり、<br>契約医療機関で接種することが困難なため<br>( ) 保護者の健康上の理由等により、契約医療機関で<br>接種することが困難なため<br>( ) その他 |         |  |
| 接種を希望する<br>医療機関     | 住 所                 | 〒                                                                                                          |         |  |
|                     | 名 称                 |                                                                                                            |         |  |
|                     | 電話番号                |                                                                                                            |         |  |
| 被接種者の<br>滞在先        | 住 所                 | 〒                                                                                                          |         |  |
|                     | 氏名・施設<br>名・所在地<br>等 |                                                                                                            |         |  |
|                     | 電話番号                |                                                                                                            |         |  |

|           |          |    |
|-----------|----------|----|
| 和木町記入欄    |          | 受付 |
| 予防接種依頼書交付 | 有 ・ 無    |    |
| 交付年月日     | 平成 年 月 日 |    |