

第1号様式（第4条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

（宛先）新居浜市長

申請者名は、後に助成金を口座振込いたしますので、「金融機関口座名義人」と同一人としてください。

また、クレジットカード払いの場合は、申請者名、カードの名義人、引落とし口座の名義人と同一人としてください。

申請者 住 所
氏 名
（被接種者との続柄 ）
電話番号

次のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	生年月日	年 月 日 （ 歳 月）	
	滞 在 先	〒 様方 連絡先電話番号（ ）	
予防接種名	<p style="color: red;">記入例 B型肝炎 ○回目、○回目 ヒブ ○回目、○回目、○回目 子宮頸がん予防ワクチン ○回目、○回目 等</p>		
接種希望市区町村 医療機関名	<p style="color: red;">▲▲ (市)・区・町・村 ■■病院</p>		
依頼先	市区町村長		医療機関の長
依頼書の送付先	申請者の住所		滞在先の住所
理 由	<p style="color: red;">記入例 里帰り出産で帰省中により、 ■■病院で接種を希望するため</p>		