

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

吉岡町長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先
被接種対象者との続柄（ ）

吉岡町定期予防接種等実施依頼書交付申請書

標記のことについて、吉岡町と委託契約外の医療機関等で実施する定期の予防接種を受けたいので、吉岡町定期予防接種等補助金交付要綱第 5 条の規定により下記のとおり申請します。

記

接種対象者	ふりがな 氏名			
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）		
	住所	〒 吉岡町		
保護者氏名			電話番号	
接種医療機関等名				
予防接種の種類				
理由	1 母親の里帰り出産のため 2 離婚調停中、DV避難等のため 3 医療機関、施設等に入院又は入所しているため 4 病気等の理由で県外の医療機関等で接種が必要なため 5 その他（ ）			