

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（ ）

吉岡町県外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、県外医療機関等で実施する定期の予防接種を受けたいので、吉岡町県外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	<ul style="list-style-type: none"> ・ B型肝炎 ・ ヒブ ・ 小児肺炎球菌 ・ 四種混合 ・ 不活化ポリオ ・ BCG ・ 麻しん風しん混合 ・ 水ぼうそう ・ 日本脳炎 ・ 二種混合 ・ 麻しん単独 ・ 風しん単独 ・ 子宮頸がんワクチン ・ ロタウイルスワクチン ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 			
理由	1 母親の里帰り出産のため 2 離婚調停中、DV避難等で県外に事実上居住しているため 3 医療機関等に長期入院しているため 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（ ）			
滞在先住所	〒 (様方) 連絡先			
滞在期間	年 月 日から 年 月 日まで (か月程度)			