様式第1号（第6条関係）

年　　月　　日

庄内町長　　富　樫　　　透　　宛

申請者　住所

氏名

（被接種者との続柄　　　　　）

電話

県外予防接種実施依頼申請書

県外の市区町村での予防接種を希望するので、庄内町県外予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、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 | フリガナ氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 滞在先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　）様方 |
| 滞在予定期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 接種依頼医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 依頼する予防接種 |  |
| 依頼書の送付先1つ選択してください | (1)　申請者あて申請者住所へ送付(2)　被接種者あて被接種者滞在先へ送付(3)　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |