

様式第1号(第5条関係)

高浜町定期予防接種（B類疾病）実施依頼書交付申請書

年 月 日

高浜町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(被接種者との続柄 )  
電話番号  
(自署されない場合は記名押印してください)

下記のとおり予防接種を受けたいので、高浜町定期予防接種（B類疾病）費用の償還払に関する要綱第5条第1項の規定に基づき申請します。

被接種者	フリガナ			生年月日
	氏 名			年 月 日生 ( 歳 カ月)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 高浜町 電話番号	
	滞在先住所 及び連絡先	〒 住所 氏名・施設名 電話番号		
予防接種の種類	予防接種の種類			接種回数
接種を希望する 医療機関	医療機関名			
	医療機関 住所連絡先	〒 住所 電話番号		
申 請 理 由				
依頼書の交付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> その他 ( )			