

第1号様式(第4条関係)

年 月 日

玄海町長 様

(申請者)
住 所
氏 名 印
(接種者との続柄)
電話番号

予防疫種実施依頼書交付申請書

玄海町が契約する医療機関等で予防疫種を受けることができないため、玄海町予防疫種費用の償還払いに関する事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、償還払い該当確認のため、住民基本台帳を確認することについて承諾します。

被接種者氏名		生年月日	年 月 日
		性 別	男 ・ 女
保護者氏名			
住所	電話番号		
滞在先住所	世帯主 電話番号		
滞在期間	年 月 日～ 年 月 日		
依頼する理由	1 母親の出産等で、県外のお市町村に長期にわたり里帰りするため。 2 県外のお病院又は施設へ入院(入所)しているため。 3 その他()		
予防疫種の種類			