

小山町予防接種費用助成に係る予防接種実施申請書

年 月 日

小山町長 様

申請者 住 所
氏 名
(被接種者との続柄)
電話番号

次の理由により、小山町長が指定する指定医療機関で予防接種を受けることができないため、小山町予防接種費用助成に係る予防接種の実施を申請します。

理 由		1 疾病等のため、指定外医療機関において予防接種を希望する。 2 「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」 (平成25年3月30日付け健発0330第2号厚生労働省健康局長通知) 別添「定期接種実施要領」に基づく標準的な接種期間において、 町外に滞在する。 3 その他			
		[具体的には、]			
予防接種の種類					
被 接 種 者	ふりがな				
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)	性 別	男 ・ 女	
	住 所				
	滞在先居住地 (住所地以外に滞在する とき)	(様方)			
	滞在先電話番号				
指 定 外 医 療 機 関	名 称				
	所 在 地	電話			