

様式第 1 号(第 5 条関係)

年 月 日

吉田町定期予防接種依頼書交付申請書

吉田町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名

指定医療機関以外での定期予防接種を希望しますので、予防接種依頼書の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名	男・女		
	住 所	吉田町 電話 ー		
保 護 者	氏 名	(本人との続柄)		
	住 所	電話 ー		
予 防 接 種 名				
接 種 予 定 日	年 月 日			
接 種 医 療 機 関	所在地 〒			
	名 称			
	電 話			
申 請 理 由	1 指定医療機関以外の医療機関に入院し、又は福祉施設に入所している 2 里帰りをしている 3 その他()			
滞 在 先 (連 絡 先)	〒			
	住所			
	世帯主名			
	電話番号			
滞在期間		年 月 日～ 年 月 日		
この制度の利用に当たり、住民基本台帳、予防接種台帳その他の公簿の調査及び医療機関等へ照会することについて同意します。(※注) 署名 (保護者)				

※注 この申請により取得した個人情報については、吉田町個人情報保護条例に基づき、当該助成事務以外には使用いたしません。