

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号
被接種者との続柄（ ）

あきる野市里帰り等定期予防接種実施依頼書交付申請書

予防接種実施依頼書の交付について、あきる野市里帰り等定期予防接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。

また、この予防接種を受けるに当たり、接種費用以外に別途費用が発生する場合は、申請者である私が負担することについて同意します。

記

被接種者	住 所	
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
滞在地住所 （電話番号）	（電話番号）	
接種を希望 する区市町村	都道 府県	区市 町村
予防接種の種類		
申請理由	(1) 里帰り出産のため長期に市外に滞在している場合 (2) 予防接種を受ける者が契約医療機関以外の医療機関等に長期 入院等をしている場合 (3) その他 ()	
接種する 医療機関名		
接種希望期間	年 月 日から 年 月 日まで（予定）	