

第1号様式（第4条関係）

吉野町県外定期予防接種実施依頼申請書

年 月 日

吉野町長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号
対象者との続柄

定期予防接種を次の理由により、県外医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

- 申請理由
1. 対象者の保護者が出産または病気療養中
 2. 県外の市区町村に長期滞在中
 3. 県外医療機関をかかりつけの医療機関としている。又は、入院している場合
 4. その他（ ）

対象者	(ふりがな) 氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
	住 所	吉野町		
予 防 接 種 名				
医療機関	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号			
滞在先	世帯主氏名			
	住 所			
	電 話 番 号			

※ 添付書類

- ・母子健康手帳の予防接種記録の写し