

様式第 1 (第 3 条関係)

受託医療機関外予防接種申請書

年 月 日

犬 山 市 長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

このことについて、下記の者が予防接種法に基づく予防接種を下記医療機関で受けたいので、予防接種依頼書の交付を申請します。

依 頼 先	医療機関名	
	住 所	
	電話番号	
予防接種の種類		
被接種者氏名		
生年月日		年 月 日
保護者氏名		(<input type="checkbox"/> 申請者と同じ)
申請理由		

※注

- ・償還払の額は、受託医療機関以外における予防接種実施要領第 5 条第 2 項に定める金額が上限となります。
- ・助成申請することができる期間は、接種を受けた日から 1 か月間です。