

様式第1号（第4条関係）

礼文町定期予防接種実施依頼書交付申請書

平成 年 月 日

礼文町長様

申請者

住所

氏名

㊟

電話番号

やむを得ない事情により下記の予防接種を礼文町内において受けることができないので、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

依頼する 予防接種	・ヒブ（1・2・3・追加） ・肺炎球菌（1・2・3・追加） ・BCG ・四種混合（1・2・3・追加） ・二種混合 ・MR（1期・2期） ・水痘（1・2） ・日本脳炎（1・2・追加・2期） ・HPV（1・2・3） ・高齢者インフルエンザ ・高齢者肺炎球菌			
希望医療機関名				
被 接 種 者	住 所	〒 電話番号		
	フリガナ 氏 名		生年 月日	年 月 日
	保護者氏名		性 別	男 ・ 女
依頼する理由				
滞在先住所	〒 電話番号			
滞在期間	年 月 日 から 年 月 日まで			

様式第3号（第5条関係）

礼文町定期予防接種費償還払い請求書

平成 年 月 日

礼文町長 様

請求者
住 所
氏 名
被接種者との関係
電 話

印

自己負担により支払った下記予防接種の接種費用を償還していただきたく、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

請求額 _____ 円

振込口座

金 融 機 関 名	銀行・信金・組合
支 店 名	支店
口 座 種 類	
口 座 番 号	普通 ・ 当座
口座名 (カタカナで記入してください)	