

様式第1号（第4条関係）

## 定期予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

上士幌町長 竹中 貢 様

申請者 住 所 上士幌町  
氏 名  
(被接種者との続柄 )  
電話番号

上士幌町予防接種費用の助成に関する要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり町が指定した医療機関以外で定期予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

対象者	住 所	上士幌町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
予防接種名		
実施希望市町村	( 医療機関名 )	
理 由		
依 頼 期 間 (接種予定日)	年 月 日から 年 月 日	