

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

唐津市長 様

申請者 住 所
氏 名
(被接種者との続柄)
電話番号

予防接種実施依頼書交付申請書

唐津市が契約する医療機関等で予防接種を受けることができないため、唐津市予防接種費用の償還払いに関する事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。なお、償還払い該当確認のため、住民基本台帳を確認することについて承諾します。

被接種者 氏 名	生年月日	年 月 日
	性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
保護者名		
住 所	〒	電話番号
滞在先住所	〒	電話番号
実施医療機関名	電話番号	
依頼する理由	<input type="checkbox"/> 母親の里帰り出産等の理由により県外に事実上居住するため。 <input type="checkbox"/> 県外の医療機関及び施設への入院等の理由により県外に事実上居住するため。 <input type="checkbox"/> その他()	
予防接種の種類		