

様式第1号(第5条関係)

令和 年 月 日

大玉村長 様

申請者 住 所 大玉村 字
氏 名
(被接種者との続柄：)
電話番号

法定外予防接種申請書

大玉村法定外予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、大玉村法定外予防接種助成事業実施要綱に定める実施医療機関において予防接種を受ける場合は、接種費用の助成に係るその請求及び受領の権限について接種を受ける実施医療機関に委任することを承諾いたします。

記

被 接 種 者	住 所	大玉村 字
	氏 名	(男・女)
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
予 防 接 種 の 種 類		回数等(該当するところを○で囲む)
带状疱疹ワクチン		生ワクチン 1回目 ・ 不活化ワクチン 1回目 2回目
接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関 名		