

安平町予防接種に関わる申出書

平成 年 月 日

安平町長 様

申出者 住 所

氏 名

印

次の理由により、他の市町村で予防接種を受けたいので申し出ます。

1 予防接種を受けようとする者

住 所	安平町	生年月日
氏 名		平成 年 月 日
理 由	<input type="checkbox"/> 町外のかかりつけ医のもとで接種するため <input type="checkbox"/> 町外の医療機関に入院中のため <input type="checkbox"/> 出産に伴う里帰り中のため <input type="checkbox"/> その他（理由： )	

2 接種を受けようとする予防接種及び接種予定年月日

予 防 接 種 名	接 種 実 施 予 定 年 月 日
	平成 年 月 日

(接種予定の予防接種が複数ある場合は裏面を使用してください)

3 予防接種実施医療機関名

医 療 機 関 名	所 在 地

(備 考)

入院や里帰り出産等で安平町外に滞在しているときは、滞在地住所・連絡先電話番号を記入してください。

( 裏 面 )

	予防接種名 (回数)	接種予定年月日	接種予定場所 (病院名)	接種予定場所住所
1		平成 年 月 日		
2		平成 年 月 日		
3		平成 年 月 日		
4		平成 年 月 日		
5		平成 年 月 日		
6		平成 年 月 日		
7		平成 年 月 日		
8		平成 年 月 日		
9		平成 年 月 日		
10		平成 年 月 日		

様式第2号（第8条関係）

平成 年 月 日

様

安平町長 瀧 孝 印

予 防 接 種 依 頼 書

当町の町民が下記の理由により貴市町村内の医療機関で実施する予防接種を行いたい旨申し出がありましたので、下記該当者の予防接種を実施していただきたくご依頼申し上げます。

当該予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法の規定に基づき当町において救済措置を行いますのでよろしくお取り計らいください。

記

予 防 接 種 名	
被 接 種 者 氏 名	
生 年 月 日	平 成 年 月 日
住 所	安平町
実 施 予 定 場 所	
所 在 地	
接 種 予 定 日	平 成 年 月 日
理 由	

様式第3号（第9条関係）

安平町予防接種助成金申請書

平成 年 月 日

安平町長 瀧 孝 様

申請者 住 所 安平町

氏 名

㊟

次のとおり助成金の交付を受けたいので、申請します。

1 助成を受けようとする者

住 所	安平町	生年月日
氏 名		平成 年 月 日

2 予防接種実施内容

予 防 接 種 名	接 種 実 施 年 月 日
	平成 年 月 日

3. 予防接種実施場所

医 療 機 関 名	所 在 地
	町外（ 市・町・村）

4. 接種にかかった費用 円

5. 助成金振込先

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店（所） 支店（所）
口 座 番 号	普・当	
口 座 名 義 人		

（この申請書には予防接種の領収書を添付してください）

安平町予防接種に関わる申出書兼申請書

平成 年 月 日

安平町長 瀧 孝 様

申出・申請者 住 所

氏 名

㊞

次の理由により、他の市町村で予防接種を受けたのでその旨を申し出るとともに助成金の交付を申請します。

1 予防接種を受けた者

住 所		生年月日
氏 名		平成 年 月 日
理 由		

2 予防接種実施内容

予 防 接 種 名	接 種 実 施 年 月 日
	平成 年 月 日

3 予防接種実施医療機関名

医 療 機 関 名	所 在 地
	町内・町外（ 市・町・村）

4 接種にかかった費用 円

5 助成金振込先

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 本店（所） 農協・信用組合 支店（所）
口 座 番 号	普・当
口 座 名 義 人	

様式第5号（第10条関係）

安平町予防接種助成金交付決定（却下）通知書

平成 年 月 日

様

安平町長 瀧 孝 関

月 日付けで申請のありました予防接種料金について、下記のとおり決定したので通知します。

記

- 1 助成金給付 決定・却下
- 2 予防接種名
- 3 助成金額 円
- 4 却下の理由