

(様式第1号)

令和 年 月 日

多可町長 様

(申請者)
住所 多可町
氏名
本人との続柄 () 印
電話番号

委託外医療機関予防接種申請書兼承諾書

予防接種法に基づく予防接種について、下記の理由により多可町委託医療機関以外での接種を希望しますので承認願います。

記

接種を受ける者	住所	〒 ー 多可町
	氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 カ月)
保護者	氏名	(続柄)
滞在場所	住所	〒 ー
	電話番号	
予防接種の種類		
接種を希望する 医療機関 (または市町村)	所在地	〒 ー
	医療機関名 (市町村名)	
接種希望日	令和 年 月 日	
やむを得ず委託医療機関以外で接種を希望する理由		

- ・上記のことについて、下記の条件を付して承認します。
令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に接種を受けてください。
接種にかかる自己負担があった場合は、多可町が設定している接種委託料を上限として助成します。

- ・上記のことについて、承認しないこととします。

(不承認の理由：)

令和 年 月 日

多可町長 吉田 一四