

別記

第1号様式（第5条関係）

白井市定期予防接種費用助成申請書

年 月 日

（あて先）白井市長

申請者	住所			
	氏名	フリガナ	接種を受ける者との続柄	
電話番号				

白井市定期予防接種費用助成要綱第5条の規定により、委託外医療機関における定期予防接種に要する費用の助成について、下記のとおり申請します。

また、次に掲げる事項について同意した上で申請します。

- （1）申請内容について確認するため、白井市が保有する個人情報の調査又は確認を行うこと及び接種医療機関へ照会を行うこと。
- （2）接種に際して必要な個人情報について、接種地の市区町村又は接種医療機関の長に対し白井市が提供すること。

記

申請者と同じ□ 被接種者氏名	フリガナ	生年月日
		年 月 日
滞在先住所		
滞在先電話番号		
申請理由	<input type="checkbox"/> 保護者の里帰り出産 <input type="checkbox"/> 委託外医療機関に長期入院しているため <input type="checkbox"/> 介護施設等に入所しているため <input type="checkbox"/> その他（ ）	
希望する予防接種名 （回数・期）		
接種医療機関	名称	
	住所	
	電話番号	
	代表者名	
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 接種先の市町村長 <input type="checkbox"/> 接種医療機関の長	
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> 接種医療機関 <input type="checkbox"/> 接種先の市町村	