

予防接種依頼申請書
 （平川市高齢者等带状疱疹（定期）予防接種費助成事業分）

年
 月
 日

平 川 市 長 様

住 所 平川市

申請者氏名

（自署記名押印不要）

電 話 番 号 —

次のとおり予防接種を受けたいので申請します。

対 象 者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日
住 所	
滞 在 先 の 住 所 ※必要時に記入	
実施医療機関名 及 び 所 在 地	
申 請 理 由	
依 頼 期 間 （接種予定日）	年 月 日から 年 月 日まで