

様式第1号（第5項関係）

青梅市里帰り等定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

青梅市長 殿

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電話番号

青梅市里帰り等定期予防接種費用助成金交付要綱第5項の規定により、下記の通り青梅市里帰り等定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住 所	〒
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
定期予防接種名		
申請理由		
滞在先住所		〒
滞在期間（予定）		年 月 日～ 年 月 日
実施依頼先	医療機関名称	
	所在地	〒 電話番号 ()

以 上