

(宛先)加賀市長

申請者 住所
氏名
(被接種者との続柄)
電話番号

加賀市A類疾病定期予防接種実施依頼書(変更)交付申請書

加賀市A類疾病定期予防接種費用助成金交付要綱第3条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

種	ふりがな			性 別
	氏 名			男 女
者	生年月日	年 月 日		
現 住 所	〒			
滞 在 先 住 所	〒			
保 護 者 氏 名			続 柄	
連 絡 先				
申 請 理 由	1 母親の里帰り出産等により、県外に滞在するため。 2 その他()			
A類予防接種名				
接 種 医 療 機 関	医 療 機 関 名			
	所 在 地			
	電 話 番 号			
依 頼 書 の 送 付 先	1 現住所 2 滞在先住所 3 その他()			
※市記入欄 依 頼 書 の 送 付 先	1 接種医療機関 2 市区町村長			