

様式第4号(第9条関係)

平川市幼児・小中学生、妊婦、高齢者等インフルエンザ予防接種費助成事業

予防接種依頼申請書

令和 年 月 日

平川市長 殿

住 所 平川市

申請者氏名

(自署記名はんこ不要)

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
保護者氏名	
住 所	平川市
滞在先等の住所 ※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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで