

様式第 1 号

河北町長 様

申請者は、予防接種を受けるお子様の父または母（親権者）となります。
後々、こちらに記入の申請者の方に対し償還払を行うこととなります（申請者名義の通帳が必要となります）。

住民票上（河北町）
の住所

提出する日付け
（郵送の場合は投
函する日付）

令和〇年〇月〇〇日

記入例

申請者

氏名 河北 花子

住所 河北町谷地戊 8 1

電話番号 0237-99-9999

被接種者との関係 母

河北町予防接種実施依頼書交付申請書

県外の医療機関で予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

右上に記入し
た日付時点の
年齢

記

予防接種を受ける者 (被 接 種 者 氏 名)	河北 太郎		☒ 男 ・ 女
生 年 月 日	令和 6 年 〇 月 〇 日 (〇 歳 〇 か月)		
保護者等氏名	河北 花子 被接種者との関係 (母)		
現 住 所	〒999-3511		
	山形県西村山郡河北町谷地戊 8 1		
滞 在 先 住 所	〒〇〇〇—〇〇〇〇		
	東京都～ (〇〇～ 様方)		
実 施 医 療 機 関	機関名	〇〇病院	
	所在地	〒999-9999	
		東京都〇〇	
予防接種の種類名	B型肝炎（1回目） ロタウイルス1価（1回目） 小児肺炎球菌20価（初回1回目）		