

申請日 令和 年 月 日

猪名川町長 様

申請者 (続柄 )

住所 〒

電話 ( )

予防接種の実施について(申請)

みだしの件について、予防接種を猪名川町が実施している医療機関で接種ができませんので、下記のところで接種を希望します。ご配慮をお願いします。

記

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| ふりがな            |              |
| 1 被接種者氏名        |              |
| 2 生年月日          |              |
| 3 住所            | 猪名川町         |
| 4 予防接種種類        |              |
| 5 接種を受ける市町名     | 都道府県 市・郡 町・村 |
| 6 接種を受ける医療機関名   |              |
| 7 猪名川町で接種できない理由 |              |

なお、町外での接種に際し、以下について説明を受け了承しております。

1. 万一、この予防接種により引き起こされた副反応による健康被害が生じたと認められた場合は、予防接種に基づく補償の対象となります。
2. 接種にかかる費用に実費負担が生じる場合は、被接種者が負担します。  
その場合の接種費用は、申請手続きをすることにより返金されます(限度額あり)。

申請者自署

- \*申請書は被接種者本人か、ご家族の方です。
- \*本人が自署できない場合は代表者署名及び被接種者との続柄を記載してください。

【申請者住所地以外に連絡を希望する場合の連絡先】

・住所

・電話番号