

予防接種費給付事業申出書

年 月 日

新 見 市 長 殿

申込者 住所

氏名 印

被接種者との続柄 ()

下記の理由により、新見市で行われている予防接種を市外のかかりつけ医療機関で接種
したいので申し出ます。

被接種者	住所			
	氏名		男・女	年 月 日生 (歳)
医療機関	住所 名称	☎ —		
希望 予防接種名				
接種 予定日				
受託医療機関で接種できない理由				