

申 請 書

令和 年 月 日

喜茂別町長 林 己 人 様

申請者 (本人又は家族)
住 所

氏 名

定期予防接種を、以下の理由により、町の契約医療機関以外にて受けるため、喜茂別町からの依頼文の発行をお願いします。また、それに伴う私及び世帯員の税務所得調査に同意します。

記

1. 被接種者氏名

(年 月 日生)

2. 予防接種の種類

インフルエンザ予防接種

3. 接種依頼機関

病院名

所在地

院長名

4. 指定の医療機関で
実施できない理由

入院 (所) 中のため

その他 ()

〈満60～64歳の方は課税・非課税を確認〉

事務処理欄	No		課税		非課税
-------	----	--	----	--	-----

受付印