

様式第1号（第6条関係）

大鰐町高齢者肺炎球菌予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

大鰐町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

被接種者との関係 _____

電話番号 _____

大鰐町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成事業実施要綱第6条第2項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

被 接 種 者	住 所	大鰐町大字		
	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏 名		性別	男 ・ 女
申 請 理 由				
接 種 予 定 医 療 機 関		(医療機関名) (所在地) 〒 電話番号		