

様式第 1 号（第 5 条関係）

定期予防接種の県外における接種依頼書発行申請書

年 月 日

松前町長 様

申請者 住所

氏名

（電話 — — ）

被接種者との関係（ ）

次のとおり、松前町定期予防接種の県外における接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定により接種依頼書の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 （ 歳 月）
	現 住 所	伊予郡松前町大字
滞 在 先		〒 様方（電話 — — ）
希望する 県外実施機関		
予防接種の種類		
申 請 理 由		
備 考		

様式第2号（第6条関係）

定期予防接種の県外における接種依頼書

第 号
年 月 日

様

松前町長



本町が実施すべき予防接種について、次のとおり実施していただきますようお願いいたします。

なお、この予防接種により発生した無過失事故については、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づき、本町が救済の措置を講じます。

被 接 種 者	ふりがな	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 （ 歳 月）
	現 住 所	愛媛県伊予郡松前町大字
保 護 者 名		
滞 在 先		様方（電話 — — ）
希望する県外 実施機関		
予防接種の種類		
依 頼 理 由		
備 考		

備考

- 1 被接種者へ事前に連絡の上、接種してください。
- 2 予防接種に係る費用が必要な場合は、被接種者から徴収してください。
- 3 接種後、予診票の原本を送付してください。

様式第 3 号（第 7 条関係）

定期予防接種の県外における接種費用助成金交付申請書

年 月 日

松前町長 様

申請者 住所

氏名

（電話 — — ）

次のとおり予防接種を受けましたので、松前町定期予防接種の県外における接種費用助成金交付要綱第 7 条の規定により助成金の交付を申請します。

被接種者	ふりがな	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 （ 歳 月）
接種医療機関	住 所	
	名 称	
予防接種の種類		
接 種 日		年 月 日
接 種 費 用		円

添付書類

- 1 接種医療機関が発行した予防接種名、被接種者名、接種費用等の内訳が明記された領収書の写し
- 2 予防接種済証又は母子健康手帳（接種済みの表示のある箇所）の写し

様式第4号（第8条関係）

松前町指令 第 号

住所

氏名

年 月 日付けで申請のあった定期予防接種の県外における接種費用助成金の交付については、松前町定期予防接種の県外における接種費用助成金交付要綱第8条の規定により次のとおり決定したので通知する。

年 月 日

松前町長

（公印省略）

1 被接種者

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日

2 助成金交付決定額

金 円

担当課・係名	
担当者職氏名	
連絡先	

様式第 5 号（第 9 条関係）

定期予防接種の県外における接種費用助成金請求書

年 月 日

松前町長 様

申請者 住所

氏名

（電話 — — ）

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた松前町定期予防接種の県外における接種費用助成金について、松前町定期予防接種の県外における接種費用助成金交付要綱第 9 条の規定により次のとおり請求します。

被 接 種 者 名				
生 年 月 日		年 月 日 （ 歳 月）		
請 求 額		円		
振 込 先	金融機関名		支 店 名	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
	フリガナ			
	口 座 名 義			

※ 振込先口座名義が申請者と異なる場合は、次の委任状欄に記入してください。

委 任 状	
松前町長 様	
年 月 日	
委任者（申請者）	住 所 _____ 氏 名 _____
下記の者に松前町定期予防接種の県外における接種費用助成金の受領を委任します。	
受任者（口座名義人）	住 所 _____ 氏 名 _____