

予防接種依頼申請書

（平川市新型コロナウイルス感染症予防接種費助成事業）

年 月 日

平川市長 殿

住 所 平川市

申請者氏名

（自署記名押印不要）

電話番号

—

次のとおり予防接種を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日
住所	平川市
滞在先等の住所 ※必要時に記入	
実施医療機関名 及び所在地	
申請理由	
依頼期間 （接種予定日）	年 月 日から 年 月 日まで