

様式第2号（要領第2条関係）

日本脳炎任意予防接種費用の支払に関する調査依頼書

下記の理由により、指定医療機関に対し、予防接種費用の支払を行ったこと等について、市に確認を依頼します。

被接種者氏名	フリガナ
被接種者生年月日	平成 年 月 日
接種時の住所	青森市
接種医療機関名及び電話番号	医療機関名 電話番号
接種年月日	平成 年 月 日
	平成 年 月 日
	平成 年 月 日
理由	1 領収書紛失のため 2 その他（ ）

市長が接種医療機関に照会し、又は報告を求めることに同意します。

年 月 日

申請者 住所
氏名 印
電話番号
被接種者との続柄（ ）

申請先 青森市長