

申請先 熊取町長

住 所 熊取町 _____
 申請者 氏 名 _____ (署名又は記名押印)
 電話番号 _____ - _____

乳幼児等予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり定期予防接種を受けることを希望いたしますので、接種依頼方よろしくお願ひいたします。

記

- 1 被接種者 氏名 _____ (男・女)
 申請者との続柄 () *被接種者が未成年の場合のみ記入
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

- 2 予防接種の種類 ロタウイルス感染症 (1・5) 価 (1・2・3) 回目、
 ※該当接種を B型肝炎 (1・2・3) 回目、ヒブ感染症 初回 (1・2・3) 回目・追加、
 ○で囲む 小児用肺炎球菌感染症 初回 (1・2・3) 回目・追加
 五種混合1期 初回 (1・2・3) 回目・追加、水痘 (1・2) 回目、BCG
 麻しん風しん混合1期、麻しん風しん2期、
 日本脳炎1期 初回 (1・2) 回目・追加、日本脳炎2期
 二種混合2期、ヒトパピローマウイルス感染症 (1・2・3) 回目
 RSウイルス感染症

- 3 理 由 _____

- 4 依頼市町村名 _____

- 5 接種希望医療機関
 医療機関名 _____
 所在地 〒 _____
 電話番号 () _____ - _____

- 6 滞在場所
 住 所 〒 _____

 (施設名・所在地等) _____ 様方
 電話番号 () _____ - _____

予防接種費用は一旦全額自己負担となること及び費用助成には上限額があることについて同意します。

署名 _____