

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

年 月 日

福 生 市 長 宛て

申請者 住所 福生市

氏名

電話 ()

助成対象予防接種を受けたいので、福生市里帰り等定期予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により次のとおり申請します。

なお、この予防接種を受けるに当たり、接種費用以外に別途費用が発生する場合は、申請者である私が負担することについて同意します。

| 接 種 を 希 望 す る 区 市 町 村 | | 都道 府県 | 区市 町村 |
|--------------------------|------|----------------|----------------|
| 予 防 接 種 名 (該 当 に ○) | | ・ロタウイルス (回目) | ・B型肝炎 (回目) |
| | | ・小児用肺炎球菌 (回目) | ・三種混合 (回目) |
| | | ・ポリオ (回目) | ・BCG |
| | | ・MR (回目) | ・日本脳炎 (回目) |
| | | ・子宮頸がん (回目) | ・RS (母子免疫ワクチン) |
| 被 接 種 者 | フリガナ | | |
| | 氏 名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳 ヶ月) | |
| 保 護 者 氏 名 | | | |
| 滞 在 地 住 所 | | | |
| 連 絡 先 | | 住所 氏名 | 電話 - - |
| 依 頼 事 由 | | | |
| 接 種 希 望 医 療 機 関 名 | | 住所 | |
| 接 種 希 望 期 間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |