

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)	・ヒブ (回目)	
	・小児用肺炎球菌 (回目)	・四種混合 (回目)	・三種混合 (回目)	
	・ポリオ (回目)	・BCG	・水痘 (回目)	
	・MR (回目)	・日本脳炎 (回目)	・二種混合	
	・子宮頸がん (回目)			
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			