様式第１号（第３条関係）

令和年　　月　日

古河市長　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　古河市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

予防接種依頼書交付申請書

標記について、古河市予防接種補助金交付要綱第３条の規定により、次のとおり申請します。なお、記載した内容について、市から実施医療機関に対し提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施医療機関名 |  | |
| 対象者  （接種を受ける人） | 住　　所 | 〒**306-**  **古河市** |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　月　日生 |
| 電話番号 |  |
| 予防接種の種類 | ロタ　　　　　　[ ]1回目　[]2回目　[　　]3回目（5価のみ）  小児用肺炎球菌　[ 　 ]初回1回目　[]初回2回目　[]初回3回目　[　　]追加  Ｂ型肝炎　　　　[ ]1回目　[ ]2回目　[　　]3回目  五種混合　　　　[]1期初回1回目　[]1期初回2回目  [ ]1期初回3回目　[　　]1期追加  四種混合　　　　[]1期初回1回目　[]1期初回2回目  [ ]1期初回3回目　[　　]1期追加  ヒブ　　　　　　[ ]初回1回目　[ ]初回2回目　[]初回3回目　[　　]追加  ＢＣＧ　　　　　[　　]  麻しん風しん混合[　　]1期　　　　　　[　　]2期  水痘　　　　　　[　　]初回　　　　　　[　　]追加  日本脳炎　　　　[　　]1期初回1回目　[　　]1期初回2回目  [　　]1期追加　　　　[　　]2期  二種混合　　　　[　　]  子宮頸がん　　　[　　]1回目　　[　　]2回目　　[　　]3回目 | |
| 申請理由  （該当する項目に〇を付けてください。） | １　掛かり付け医療機関が契約医療機関以外の医療機関である。  ２　市外に滞在し、契約医療機関で予防接種を受けることが困難である。※該当する場合は、次に記入してください。  　滞在先住所及び連絡先  　　〒　　　　　　　　　　　　　　　（　　　様方）  　　電話番号  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |