

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○ 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 ( )		