

記入例

古河市長 宛て

申請者（保護者）
 住所 古河市〇〇
 氏名 〇〇 〇〇 印
 （自署又は記名押印）
 対象者との続柄 母
 電話番号 〇〇-〇〇〇〇

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	〇〇病院		
対 象 者 (接種を受ける人)	住 所	〒306-〇〇〇〇 古河市〇〇〇	
	氏 名	〇〇 〇〇	
	生年月日	令和〇年 〇月 〇日生	
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇	
予 防 接 種 の 種 類	ロタ	[<input type="checkbox"/>] 1回目 [<input type="checkbox"/>] 2回目 [] 3回目 (5価のみ)	
	ヒブ	[<input type="checkbox"/>] 初回 1回目 [<input type="checkbox"/>] 初回 2回目 [<input type="checkbox"/>] 初回 3回目 [] 追加	
	小児用肺炎球菌	[<input type="checkbox"/>] 初回 1回目 [<input type="checkbox"/>] 初回 2回目 [<input type="checkbox"/>] 初回 3回目 [] 追加	
	B型肝炎	[<input type="checkbox"/>] 1回目 [<input type="checkbox"/>] 2回目 [] 追加	
	B C G	[]	
	四種混合	[<input type="checkbox"/>] 1期初回 1回目 [<input type="checkbox"/>] 1期初回 2回目	
		[<input type="checkbox"/>] 1期初回 3回目 [] 1期追加	
	二種混合	[]	
	日本脳炎	[] 1期初回 1回目 [] 1期初回 2回目	
		[] 1期追加 [] 2期	
	麻しん風しん混合	[] 1期 [] 2期	
	水痘	[] 初回 [] 追加	
	子宮頸がん	[] 1回目 [] 2回目 [] 3回目	
	その他	[]	
	予防接種名 ()		
申 請 理 由 (該当する項目に○ を付けてくださ い。)	<p>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。</p> <p>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</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>〒 (様方)</p> <p>電話番号</p> </div> <p>3 その他 ()</p>	←里帰り等の場合記入してください	