

古河市長 宛て

申請者（保護者）

住所

氏名

④

（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	〒 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)
	ヒブ	[]初回1回目 []初回2回目 []初回3回目 []追加
	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 []追加
	BCG	[]
	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
	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。)	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 ()	