

墨 田 区 長 様

予防接種依頼書交付申請書

被接種者	住所	東京都墨田区		
	氏名	(フリガナ)		
	生年月日		性別	女
理 由				
予防接種の種類		RSウイルス感染症ワクチン(母子免疫)		
滞在地	住所	〒		
	氏名	様方		
接種希望医療機関名				

償還払い申請は、費用の一部が自己負担となることがあります(上限額あり)。

年 月 日

【申請者】

氏 名

(被接種者との続柄 本人)

住 所