

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	年 月 日 (満 歳 ヶ月)	性別	男 ・ 女
保護者	住所			
	氏名	(フリガナ) (被接種者との続柄)		
	電話番号			
理 由				
予防接種の種類	5種混合初回1回目	ロタ1回目	MR1期	
	5種混合初回2回目	ロタ2回目	MR2期	
	5種混合初回3回目	ロタ3回目	水痘1回目	
	5種混合初回追加	BCG	水痘2回目	
	小児用肺炎球菌1回目	ポリオ初回1回目	日本脳炎1期初回1回目	
	小児用肺炎球菌2回目	ポリオ初回2回目	日本脳炎1期初回2回目	
	小児用肺炎球菌3回目	ポリオ初回3回目	日本脳炎1期追加	
	小児用肺炎球菌追加	ポリオ追加	日本脳炎2期	
	B型肝炎1回目	3種混合初回1回目	DT	
	B型肝炎2回目	3種混合初回2回目	子宮頸がん1回目	
	B型肝炎3回目	3種混合初回3回目	子宮頸がん2回目	
	ヒブ(回目)	3種混合追加	子宮頸がん3回目	
滞在地	住所	〒		
	氏名	TEL 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)

住 所