

## 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		ヒブ1回目	小児用肺炎球菌1回目	MR1期
		ヒブ2回目	小児用肺炎球菌2回目	MR2期
		ヒブ3回目	小児用肺炎球菌3回目	水痘1回目
		ヒブ追加	小児用肺炎球菌追加	水痘2回目
		4種混合初回1回目	B型肝炎1回目	日本脳炎1期初回1回目
		4種混合初回2回目	B型肝炎2回目	日本脳炎1期初回2回目
		4種混合初回3回目	B型肝炎3回目	日本脳炎1期追加
		4種混合初回追加	ロタ1回目	日本脳炎2期
		5種混合初回1回目	ロタ2回目	DT
		5種混合初回2回目	ロタ3回目	子宮頸がん1回目
		5種混合初回3回目	BCG	子宮頸がん2回目
		5種混合初回追加	ポリオ( 回目)	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