

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 吾妻橋1-1-1					
	氏名	墨田 太郎			フリガナ	スミダ タロウ	
	生年月日	2024 年 1 月 1 日	年齢	満 0 歳 2 ヶ月	性別	男	
保護者	住所	墨田区吾妻橋1-1-1					
	氏名	墨田 花子	フリガナ	スミダ ハナコ		被接種者との続柄	母
	電話番号	090-1234-5678					
理由	里帰り出産のため						
予防接種の種類	ヒブ1回目	<input checked="" type="radio"/>	小児用肺炎球菌1回目	MR1期			
	ヒブ2回目	<input type="radio"/>	小児用肺炎球菌2回目	MR2期			
	ヒブ3回目	<input type="radio"/>	小児用肺炎球菌3回目	水痘1回目			
	ヒブ追加	<input type="radio"/>	小児用肺炎球菌追加	水痘2回目			
	4種混合初回1回目	<input checked="" type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	B型肝炎3回目	日本脳炎1期追加			
	4種混合初回追加	<input checked="" type="radio"/>	ロタ1回目	日本脳炎2期			
	<input checked="" type="radio"/> 5種混合初回1回目	<input type="radio"/>	ロタ2回目	DT			
	5種混合初回2回目	<input type="radio"/>	ロタ3回目	子宮頸がん1回目			
	5種混合初回3回目	<input type="radio"/>	BCG	子宮頸がん2回目			
	5種混合初回追加	<input type="radio"/>	ポリオ (回目)	子宮頸がん3回目			
滞在地	住所	〒 △△△-〇〇〇〇 ●●県◆◆市△△1-1-1					
	氏名	山田 様方					
接種希望医療機関名	××小児科クリニック						

※ 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)。

2024 年 3 月 1 日

【申請者】

氏名 墨田 花子 (被接種者との続柄 母)

住所 墨田区吾妻橋1-1-1