

予防接種依頼書交付申請書

令和 2年 10月 1日

蓮田市長 宛て

住所 蓮田市〇〇1-1-1

申請者 氏名 蓮田 花子

電話番号 090（1234）5678

被接種者との関係 母

蓮田市予防接種費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記の通り申請します。

記

被接種者	ふりがな	はすだ たろう		
	氏名	蓮田 太郎		
	住所	蓮田市〇〇1-1-1		
	生年月日	令和 2年	8月	1日（0歳2か月）
理由	里帰りのため			
滞在先 (里帰り先)	住所	〒123-4567 〇〇県××市△△2-2-2	黒浜様方	里帰り先の世帯名字を 記入してください。
	電話番号	090（1234）5678		
予防接種 医療機関	医療機関名	ABCクリニック		
	住所	〒123-5678 〇〇県××市□□1-2		
	電話番号	012（345）6789		
予防接種名 及び 接種予定回数	ロタワクチン	1回目、2回目		
	B型肝炎	1回目、2回目		
	ヒブワクチン	1回目、2回目		
	肺炎球菌ワクチン	1回目、2回目		
	四種混合	1回目、2回目		
予防接種実施依頼書送付先	<input type="checkbox"/> をつける	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者宛てへ送付	<input type="checkbox"/> 医療機関宛てへ送付	

後日発行する「予防接種実施依頼書」を
①保護者の方が医療機関へ受診日に持参
するか、②蓮田市から医療機関へ直接郵
送するかを医療機関へご確認ください。