

定期予防接種契約にかかる交付申請書

令和 年 月 日

山鹿市長 様

申請者

住所

氏名

電話

（接種者との続柄： ）

希望する予防 接種(○をつけ てください。)	・ヒブ ・小児用肺炎球菌 ・B型肝炎 ・四種混合 ・五種混合 ・ロタ ・BCG ・MR ・水痘 ・日本脳炎 ・二種混合 ・子宮頸がん
予防接種を依頼する医療機関名 (正式名称をご記入ください。)	
医療機関所在地	〒 (電話)
被接種者	住所 山鹿市
	氏名 ふりがな
	生年月日 年 月 日 年齢 歳 ヶ月
	電話
里帰り先・施設 入所などの場 合・住所を記載 してください。	住所
	連絡先 () 電話()
申請理由	(例: かかりつけ医のため、里帰り中のため等)
添付書類	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 介護保険証 ☐ 健康保険証 ☐ パスポート ※被接種者および代理の方の住所・年齢の確認がとれるもの

交付番号	
------	--