

定期予防接種契約に係る交付申請書

令和 年 月 日

山鹿市長 様

<申請者>

住所：山鹿市

氏名：

被接種者との続柄：

電話番号：

希望する定期予防接種 (□にレ点を付けてください)	<input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> 五種混合 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> RSウイルス		
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 (医療機関の住所をご記入ください)	(TEL :)		
被接種者 (接種を受ける本人)	フリガナ 氏名	性別	男・女
	生年月日	年 月 日	年齢 歳 か月
里帰り先などの場合の 連絡先(滞在先等をご記入 ください)	氏名		
	住所	(TEL :)	
申請理由	(例：かかりつけ医のため、里帰りのため等)		
添付書類 (本人および代理の方の住所・ 年齢の確認がとれるもの)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		

交付番号