

決 済 日	課長	課長代理	係長	係員	文書主任
日付					

空白にしておいて下さい。

予防接種依頼書発行及び補助金交付申請書

日付は空白にしておいて下さい。

平成 年 月 日

太線のみご記入ください。

(あて先) 寝屋川市長

- 申請者の
- ・住所
 - ・氏名
 - ・被接種者との続柄
 - ・連絡のつく電話番号
- をご記入下さい。

申請者 住所：〒

氏名：

(被接種者との続柄：)

(連絡のつく電話番号：)

下記のとおり発行及び交付の申請をします。

予防接種依頼書発行

予防接種補助金交付

記

フリガナ			男・女
被接種者氏名			
生年月日	平成 年 月 日	(満 歳 か月)	
住所	〒 寝屋川市 (TEL:)		
保護者名			
希望する予防接種名と接種回数に○を記入してください	ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	B型肝炎ワクチン	1回目・2回目・3回目	
	4種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	BCG	1回	
	麻しん風しん (MR)混合	1期・2期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期	
二種混合 (DT)	1回		
その他の予防接種			
予防接種を受ける市町村名と病院名	市町村名 (病院名 (
本市で受けられない理由			
滞在先住所	〒	(TEL:)	

- 被接種者の
- ・氏名、性別
 - ・生年月日
 - ・住所
 - ・保護者名
 - ・予防接種回数に○
 - ・接種する病院名と市町村名
 - ・本市で受けられない理由
 - ・滞在先住所
- をご記入下さい。

※郵送にて手続される場合は、母子健康手帳の「出生届出済証明欄」と「予防接種の記録」のコピーの同封をお願いします。また、依頼書を返送するための返信用封筒の同封も併せてお願いします。

決 裁	課長	課長代理	係長	係員	文書主任
日付					

予防接種依頼書発行及び補助金交付申請書

平成 年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

申請者 住所：〒

氏名：

(被接種者との続柄：)

(連絡のつく電話番号：)

下記のとおり発行及び交付の申請をします。

予防接種依頼書発行

予防接種補助金交付

記

フリガナ			男・女
被接種者氏名			
生年月日	平成 年 月 日	(満 歳 か月)	
住所	〒 寝屋川市 (TEL:)		
保護者名			
希望する予防 接種名と接種 回数に○を記 入してください	ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	B型肝炎ワクチン	1回目・2回目・3回目	
	4種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	B C G	1回	
	麻しん風しん (MR) 混合	1期・2期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期	
二種混合 (DT)	1回		
その他の予防接種			
予防接種を受ける 市町村名と病院名	市町村名 ()	病院名 ()	
本市で 受けられない理由			
滞在先住所	〒 (TEL:)		

※郵送にて手続される場合は、母子健康手帳の「出生届出済証明欄」と「予防接種の記録」のコピーの同封をお願いします。また、依頼書を返送するための返信用封筒の同封も併せてお願いします。