

甲賀市予防接種広域化事業申請書

令和 年 月 日

甲賀市長 あて

申請者住所 _____

申請者 _____

連絡先 () _____

接種者との続柄 () _____

ふりがな 接種者氏名	
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
住 所	甲賀市
電 話	()
接種希望病院 医療機関住所	
接種希望日	年 月 日 (一番早い接種希望日)
希望理由	
接種ワクチン	高齢者インフルエンザ 高齢者の肺炎球菌感染症 BCG 3種混合(1期1・2・3・追加) 2種混合 4種混合(1期1・2・3・追加) 不活化ポリオ(1・2・3・追加) 麻しん風しん(1期・2期) 日本脳炎(1期1・2・追加、2期) ヒブ(1・2・3・追加) 小児用肺炎球菌(1・2・3・追加) ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん予防)(1・2・3) 水痘(1回目・2回目) B型肝炎(1回目・2回目・3回目)

※以下は記入しないでください※

受付方法(来所・電話) 受付者氏名()

- 交付書類 : ① 予防接種広域化事業決定通知 ② 医療機関あて封筒(請求書 返信用封筒入)
③ 予診票

受 付	決 裁

提出先 すこやか支援課 母子保健係