様式第１号(第４条関係)

**任意接種用**

**毛呂山町法定外予防接種費用助成予診票請求書**

令和 　　年　　月　　日

　毛呂山町長　井上健次　様

　住　所　毛呂山町

申請者　氏　名

　　　　被接種者との続柄

毛呂山町法定外予防接種助成要綱第４条の規定により予診票を請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | | 性別 | 男・女 |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | (昭和・平成・令和)　　　年　　月　　日生(　　　歳　　か月) | | | |
| 住　　所 | 毛呂山町 | | | |
| 保護者  (被接種者が未成年の場合記入) | フリガナ |  | | 性別 | 男・女 |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 被接種者  との続柄 |  | |
| 住　　所 | 毛呂山町 | | | |
| 電話番号 | |  | | | |
| 予防接種 | 種　　類 | おたふくかぜ（１・２回目） | | 枚 | |
| Ｂ型肝炎（　　回目） | | 枚 | |
| (成人用）風しん単独･麻しん風しん混合 | | 枚 | |
| 子どもインフルエンザ | | 枚 | |
| 帯状疱疹（生ワクチン・不活化ワクチン） | | 枚 | |
| 医療機関 | 医療機関名 | （予定でも可能） | | | |
| 所在地 | 埼玉県（　　　　　　　　　　）市・町 | | | |

【保健センター担当処理欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者 | 住基確認 | 代理人確認 | 母子手帳 | 履歴確認 | ＜注意事項＞  システムに接種履歴がない場合は、母子手帳の写しを添付すること。 |
|  |  |  |  |  |