

様式第1号(第4条関係)

## 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			
(被接種者が未成年の場合記入) 保護者	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		
		帯状疱疹(生ワクチン・不活化ワクチン)	枚		
		高齢者肺炎球菌	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】 ※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。

担当者	住基確認	代理人確認	母子手帳	履歴確認	脾臓確認

※脾臓確認は高齢者肺炎球菌接種の方のみ