任意接種用

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。

<table>
<tr><td rowspan="4">被接種者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">(昭和・平成・令和)　　年　　月　　日生(　　歳　　か月)</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">毛呂山町</td></tr>
<tr><td rowspan="4">保護者(被接種者が未成年の場合記入)</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日生</td><td>被接種者との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">毛呂山町</td></tr>
<tr><td colspan="2">電話番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">予防接種</td><td rowspan="5">種　　類</td><td colspan="2">おたふくかぜ（１・２回目）</td><td colspan="2">枚</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ｂ型肝炎（　　回目）</td><td colspan="2">枚</td></tr>
<tr><td colspan="2">(成人用）風しん単独･麻しん風しん混合</td><td colspan="2">枚</td></tr>
<tr><td colspan="2">子宮頸がん（ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ・ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ）　回目</td><td colspan="2">枚</td></tr>
<tr><td colspan="2">子どもインフルエンザ</td><td colspan="2">枚</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関</td><td>医療機関名</td><td colspan="4">（予定でも可能）</td></tr>
<tr><td>所 在 地</td><td colspan="4">埼玉県（　　　　　　　　）市・町</td></tr>
</table>

【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。