

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

大田原市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

大田原市法定外予防接種申請書

法定外予防接種を受けたいので、大田原市法定外予防接種助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

接種を受ける方	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生 年 月 日	年 月 日（満 歳）	
家族等連絡先 （※申請者と異なる場合は記入）		住 所 氏 名 電話番号	
接種希望予防接種		肺炎球菌 ・ 带状疱疹（生ワクチン） ・ 带状疱疹（不活化ワクチン）	
接種希望医療機関名			
接種予定年月日		年 月 日	
肺炎球菌の前回の接種日 ※再接種の方は必ず記入		年 月 日	

※肺炎球菌の再接種の方は、前回の接種日から1年以上経過していないと受けられません。