

大田原市長 様

申請者

住 所 大田原市本町1-4-1

氏 名 与一 太郎

電話番号 0287-23-8975

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日（満〇〇歳）	
家族等連絡先 （※申請者と異なる場合は記入）		住 所 氏 名	
		生ワクチンは1回接種です	不活化ワクチンは2回接種です （助成は2回出ます）
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		〇〇医院	
接種予定年月日		令和〇年〇月〇日	
肺炎球菌の前の接種日 ※再接種の方は必ず記入		年 月 日	
		未定の場合は空欄で構いません	

※肺炎球菌の再接種の方は、前回の接種日から5年以上経過していないと受けられません。