

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5年以上経過していないと受けられません。