

決 裁	課 長	係 長	係

様式第 1 号（第 5 条関係）

## 予防接種費依頼書交付申請書

鹿 沼 市 長 宛

令和 年 月 日

申請者 住所

氏 名

被接種者との続柄 本人・子・父・母  
その他（ ）

（電話 ー ）

鹿沼市予防接種の依頼と費用助成に関する要綱第 5 条に基づき、下記のとおり予防接種費助成対象者として承認申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	住 所	鹿沼市	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 ( 歳 )	
希 望 す る 医 療 機 関	医療機関名		
	住 所		
予防接種名 (*希望する予防 接種に○)	子 ど も	ロタ	1 回目・2 回目・3 回目
		小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加
		B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
		ヒブ	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加
		五種混合	第 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加
		四種混合	第 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加
		三種混合	第 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加
		二種混合	第 2 期
		B C G	生後直後から生後 6 月に達するまでの期間
		水痘 (水ぼうそう)	1 回目・2 回目
		麻しん風しんMR	第 1 期・第 2 期
		麻しん	第 1 期・第 2 期
		風しん	第 1 期・第 2 期
		日本脳炎	第 1 期初回 (1 回目・2 回目) 追加・第 2 期
	子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目	
成 人	高齢者インフルエンザ		
	高齢者肺炎球菌	生涯に 1 回のみ助成	
理 由	1 病気治療等により長期にわたり医療機関に入院、通院、及び在宅寝たきり等のため 2 里帰り出産等で滞在しているため 3 その他 ( )		

送付先住所が被接種者の住所と異なる場合は、下記にご記入ください。

住所	〒
氏名 (または施設名)	