

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○)	妊婦	RSウイルス	
	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
		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
		BCG	
		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	
帯状疱疹		1回目・2回目※2回目は不活化ワクチンのみ	
新型コロナウイルス			
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)	