様式第１号（第５条関係）

定期予防接種依頼書交付申請書

年　　月　　日

　宇城市長　様

申請者　　住所

　氏名

下記のとおり予防接種依頼書の交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 |  | | | |
| 被接種者 | 住所 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | | |
| 生年月日 | 大正 | 年　　月　　日 | 満　　歳　　か月 |
| 昭和 |
| 平成  令和 |
| 保護者  (被接種が未成年の場合記入) | 住所 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | | 続柄(　　　　) |
| 連絡先 |  | | | |
| 接種を希望する  市町村名及び  医療機関名 |  | | | |
| 申請理由 | 該当するものに○を付けてください  ・かかりつけ　　　　　・入所中  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| Ｂ類疾病のみ | 該当するものに○を付けてください  ・身体障害者手帳１級所持　　・生活保護受給中  ・中国残留邦人等支援給付受給中 | | | |