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 | □申請者と同じ |  |
| 氏名 | □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　・　 帯状疱疹　　・ 　帯状疱疹（生ワクチン）　（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。