

草加市長 宛て

(保 請 護 者 者)	ふりがな	そうか はなこ			日中、連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。 保護者氏名に記入した人物と、連絡先として記入した人物が異なる場合は、被接種者と連絡先の人物の続柄もご記入ください。
	氏 名	草加 花子			
	住 所	〒 〇〇〇-×××× 草加市◇◇◇ ◇-△-□			
	連 絡 先	TEL 〇〇〇(××××)△△△△			
	続 柄	☐ 父・母 ☐ その他 ()			
接 種 を 受 け る 人	ふりがな	そうか たろう			☒ 男 ☐ 女
	氏 名	予防接種を受ける本人の氏名を記入してください。 草加 太郎			
	生 年 月 日	○ 年 △ 月 × 日生			
	住 所 (住民登録地)	☐ 申請者と同じ ☐ 〒	あてはまる項目に、 ☒ あるいは住所を記入をしてください。		
申 請 理 由		☐ 里帰り ☐ 医療管理上、かかりつけの医療機関で予防接種を受ける必要があるため(施設入所、入院等を含む) ☐ 再接種 ☐ その他やむを得ない事情があるため () あてはまる項目に、 ☒ をつけてください。			
予防接種の種類		例) インフルエンザ菌b型(Hib)、小児用肺炎球菌、B型肝炎、四種混合、日本脳炎(1期1回目及び2回目)、麻疹風しん混合、水痘 など 発行に2週間程度かかるため、余裕を持った接種予定日を設定してください。			
接 種 予 定 日		令和○ 年 × 月 △ 日			
受 診 医 療 機 関		(△△ ☒ 市 区 町 村) ○○病院(クリニック)			
依 頼 書 宛 先		☐ 医療機関長 宛て ☐ 市区町村長 宛て 草加市から県外の市区町村長宛て又は医療機関長宛てに発行しますので、里帰り先の市区町村にご確認いただき、 ☒ をつけてください。			
送 付 先 住 所 (滞 在 先)		☐ 申請者と同じ 〒 〇〇〇-×××× ○○県××市□□1-1-1 △△様方			
備 考		滞在先の代表者様の苗字も、			

住民CD	×モ入力	受付担当者	受付
	未 ・ 済		