

令和 年 月 日

稲 敷 市 長 様

申請者氏名  
(接種者との続柄 )

接種者氏名

生 年 月 日 年 月 日 生  
( 歳 か月)

住 所 稲敷市

電 話 番 号 ( )  
※日中つながる番号をご記入ください。

稲敷市任意予防接種公費負担申請書

任意予防接種公費負担決定書の交付を受けたいので、稲敷市任意予防接種実施規則第 6 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

予防接種の種類	希望する予防接種に ○をつけてください	公費負担回数
おたふくかぜ (1歳～4歳未満)		1 回
高齢者肺炎球菌 (65歳以上)		1 回
带状疱疹 (50歳以上)		不活化ワクチン2回 生ワクチン1回

※予防接種の履歴を確認後、公費負担決定書の発行となります。

※市記入欄

窓口受付日 / 印	担当課処理日（窓口交付・郵送） / 印
<input type="checkbox"/> 履歴確認 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳予防接種の頁コピー添付 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳忘れ	