

令和 年 月 日

稲敷市長 様

申請者氏名 _____ (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
麻疹風しん (小1～18歳) (19歳～42歳の女性)		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	