

第 1 号様式（第 5 条関係）

伊奈町定期予防接種申込書

(宛先) 年 月 日
伊奈町長

住 所
申請者
被接種者との続柄 ()
電 話

定期予防接種を町が委託した医療機関以外で個別に受けたいので、伊奈町定期予防接種費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり申し込みます。

住 所	電 話 ()		
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
被接種者氏名			
保 護 者 名		続 柄	
定期予防接種 の種類			
個別に予防接種を受けなければならない理由	☐ 里帰り出産 ☐ 施設入所又は入院中 ☐ その他 ()		
接種医療機関 名 (所在地)	(所在地)		

注 1 申込書を提出する際には、母子健康手帳を持参または予防接種記録が分かるページの写しを添付してください。

注 2 保護者名については、被接種者が 18 歳以上の方の場合は記載不要です。