

伊奈町定期予防接種申込書

(宛先) 令和 年 月 日
伊奈町長

住 所 **伊奈町中央5-179**
申請者 **伊奈 花子**
被接種者との続柄 (**母**)
電 話 **048-720-5000**

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	伊奈町中央5-179 電話 048 (720) 5000		
フリガナ	イナ タロウ	生 年 月 日	R8年 6月 1日生 (0 歳)
被接種者氏名	伊奈 太郎		
保 護 者 名	伊奈 花子	続 柄	母
定期予防接種 の種類	ロタウイルス1回目、小児用肺炎球菌1回目、B型肝炎1回目、 5種混合1回目		
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)	東京ロースクリニック (所在地) 東京都中央区中央1-2-3		

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。