

綾瀬市おたふくかぜ予防接種申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

（申請者）住 所

氏 名

接種対象者との続柄

電話番号

綾瀬市おたふくかぜ予防接種費助成事業実施要綱第3条の規定に基づき、市指定の医療機関以外で接種を受けたいので、次のとおり申請します。また、助成の審査にあたり、住民基本台帳並びに既往歴及び接種歴を確認することに同意します。

接種対象者 (接種を受ける人)	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	住 所	
接種を受けようと する医療機関	医療機関名 (受診科名)	(科)
	所在地	
申請理由	1 接種を受けようとする医療機関に（通院中・入院中・かかりつけ）のため（当てはまるものに○をつけてください。）	
	2 その他 理由（)	
連絡先 (申請者と異なる場合のみ記入してください。)	氏名	
	住所	
	電話番号	
備考		