

様式第1号（第5条関係）

笠岡市小児予防接種費給付申請書

笠岡市長 様

年 月 日

下記の理由により、岡山県外の医療機関で定期予防接種を実施したいので、予防接種費の給付を申請します。

記

申請者	氏 名	印	被接種者との続柄
	住 所	電話 (- -)	
被接種者	ふりがな氏名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日	
	住 所	(申請者と同じ場合には記入不要) 電話 (- -)	
希望する予防接種に○	ヒブ 初回 (1回・2回・3回) ・追加 小児用肺炎球菌 初回 (1回・2回・3回) ・追加 B型肝炎 1回・2回・3回 四種混合・三種混合 1期初回 (1回・2回・3回) ・1期追加 二種混合 2期 不活化ポリオ 初回 (1回・2回・3回) ・追加 BCG 麻しん風しん混合, 麻しん, 風しん 1期・2期 水痘 1回・2回 日本脳炎 1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期 子宮頸がん 1回・2回・3回		
県外の医療機関で実施する理由	1 疾患 () のかかりつけ医であるため 2 里帰り出産のため 3 保護者や家族の病気療養のため () 4 その他 ()		
接種希望日	年 月 日		
接種希望医療機関名	所在地 医療機関名 電話 (- -)		
滞在先住所	(〒 -) 電話 (- -)		
依頼書送付先	(〒 -) 電話 (- -)		