笠岡市ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種
キャッチアップに係る給付申請書

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ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種（キャッチアップ接種）を実施したいので，予防接種費の給付を申請します。

記

<table>
<tr><td rowspan="2">申請者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>被接種者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">電話（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="3">（男・女）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">（申請者と同じ場合には記入不要）
電話（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td>予防接種</td><td colspan="4">子宮頸がん　　１回　・　２回　・　３回</td></tr>
<tr><td colspan="2">県外の医療機関で実施する理由</td><td colspan="3">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　就職又は進学等により遠方に生活の実態があるため
５　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種希望日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種希望医療機関名</td><td colspan="3">所在地
医療機関名
電話（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">滞在先住所</td><td colspan="3">（〒　　－　　）
電話（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼書送付先</td><td colspan="3">（〒　　－　　）
様方
電話（　　－　　－　　）</td></tr>
</table>