

年 月 日

宮古市定期予防接種受診券交付申請書

宮古市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

宮古市定期予防接種費用助成金交付要綱第 7 条の規定により、下記のとおり定期接種を受けたいので、宮古市定期予防接種受診券の交付を申請します。

記

申請理由				
被接種者	氏名		生年月日	年 月 日生
	住所	☐ 申請者の住所に同じ 〒 宮古市		
保護者氏名	(続柄)			
書類の送付先	☐ 申請者の住所に同じ ☐ 申請者の住所以外 (次の欄を記入してください)			
	住所	〒		
	氏名		電話番号	
希望する定期 接種の種類 ※ ☐ にレ点 をつけてく ださい。	☐ インフルエンザ			
	☐ 肺炎球菌感染症 (高齢者)			
	☐ 新型コロナウイルス感染症			
	☐ 帯状疱疹			
接種予定医 療機関	名称		電話番号	
	住所	〒		

記入例

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

宮古市定期予防接種受診券交付申請書

宮古市長 あて

申請者 住 所 宮古市〇〇
氏 名 宮古 太郎
電話番号 0193-60-0000

宮古市定期予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり定期接種を受けたいので、宮古市定期予防接種受診券の交付を申請します。

記

申請理由	主治医が宮古市外にいるため、施設入所により宮古市外に滞在しているため、など			
被接種者	氏名	宮古 太郎	生年月日	R7年 7月 1日生
	住所	☒ 申請者の住所に同じ 〒 宮古市		
保護者氏名	宮古 花子 (続柄) 母			
書類の送付先	☒ 申請者の住所に同じ ☐ 申請者の住所以外（次の欄を記入してください）			
	住所	〒		
	氏名		電話番号	
希望する定期 接種の種類 ※□にレ点 をつけてく ださい。	☐ インフルエンザ			
	☐ 肺炎球菌感染症（高齢者）			
	☐ 新型コロナウイルス感染症			
	☐ 帯状疱疹			
接種予定医 療機関	名称	〇〇医院	電話番号	0193-60-0000
	住所	〒 027-0000 宮古市〇〇		