新型コロナウイルス感染症の発生に伴う予防接種特別救済申請書

申請日　　年　　月　　日

鎌ケ谷市長

申請者	住　所			
	氏　名	フリガナ	接種を受ける方との続柄	
	電話番号	＊日中連絡のつく番号をご記入ください。		

新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、外出自粛要請等により定期接種の規定年齢を超過しましたので接種を受けられるよう申請します。

予防接種を受ける方	フリガナ 氏名	性別	生年月日 年　月　日
保護者氏名	＊申請者と異なる場合に記入		
住所	＊申請者と異なる場合に記入		
電話番号	＊申請者と異なる場合に記入		
接種医療機関	医療機関名		
	電話番号		
予防接種の種類（接種するワクチンにレ点を、回数に○を付けてください。）	□ ヒブ	初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 追加	
	□ 小児用肺炎球菌	初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 追加	
	□ B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	□ 四種混合	1期初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 1期追加	
	□ BCG		
	□ 麻しん風しん混合（MR）	1期 ・ 2期	
	□ 水痘	1回目 ・ 2回目	
	□ 日本脳炎	1期初回（ 1回目 ・ 2回目 ）・ 1期追加 ・ 2期	
	□ 二種混合		
	□ 麻しん	1期 ・ 2期	
	□ 風しん	1期 ・ 2期	
	□ 子宮頸がん予防	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	

郵送先　〒273-0195 鎌ケ谷市新鎌ケ谷2-6-1 鎌ケ谷市役所 健康増進課 予防係

連絡先　直通電話:047-445-1390　FAX:047-445-8261

［鎌ケ谷市処理欄］　コード（　　）