

年 月 日

定期予防接種希望申出書

村上市長 宛

〔申請者〕

住所

氏名（保護者署名）

電話番号

下記のとおり、定期予防接種を希望しますので申出します。

記

被接種者住所	新潟県村上市
被接種者氏名	（申請者との続柄 ）
生 年 月 日	年 月 日生（満 歳 ヶ月）
予防接種の種類	
実施医療機関	
契約外医療機関で 接種する理由	

留意事項

- 1 接種する方の体調に合わせて予防接種を受けてください。
- 2 予防接種予診票、依頼書（ある方は母子健康手帳）を医療機関に持参してください。
- 3 接種料金については、公費負担（契約単価を上限）しますので、交付申請書に必要事項を記入、捺印のうえ、領収書及び予診票を添えて、村上市担当課に提出してください。

〔連絡先〕

〒958-8501 村上市三之町1番1号

村上市役所 保健医療課 健康医療政策室

TEL 0254-75-8934（直通）