

B 類疾病にかかる定期予防接種申請書

令和 年 月 日

(宛先) 流山市長

申請者 千
住所
氏名
接種を受ける人との続柄
電話番号

下記の医療機関にて予防接種を受けたいので申請します。また、
予防接種の自己負担額がある場合、その料金を負担します。併せて
予防接種予診票の送付も希望します。

被接種者 (接種を受ける人)	住民票の住所	流山市
	氏名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	電話番号	
滞在先	住所	千 ー
	電話番号	
滞在期間		
予防接種の種類	☐ 高齢者のインフルエンザ ☐ 高齢者の肺炎球菌感染症 ☐ 高齢者の新型コロナウイルス感染症 ☐ 高齢者の带状疱疹	
希望する 接種医療機関	医療機関名	
	住所	千
	電話番号	
申請理由		
備考		