

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種  
に関する特例措置対象者該当申請書

年 月 日

高 砂 市 長 様

申請者

住 所 高砂市

電 話 ( )

フリガナ  
接種者名

生年月日 年 月 日

保護者名

私はこの度、長期療養を必要とする疾病にかかったこと等により定期の予防接種の機会を逸したことにより、定期の予防接種をこれから接種できるように申請いたします。

記

接種予定の予防接種

[ ]