

HPVワクチンキャッチアップ接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者 住 所

氏 名

被接種者との続柄

掛川市HPVワクチンキャッチアップ接種償還払い要綱第4条の規定に基づき、
次のとおり申請します。

被 接 種 者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生 年 月 日	平成 年 月 日
連絡先電話番号		— —
予 防 接 種	種 類 回 数	HPVワクチン (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)
接 種 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
書 類 送 付 先	1 現住所	
	2 滞在先住所 〒 —	

添付書類

- 1 母子健康手帳等（予防接種の履歴が確認できるもの）の写し