

山形市外（県内）医療機関・山形大学医学部附属病院用予防接種券交付申請書について

申請書に必要事項を記入の上、提出(送付)してください。

- 1 申請者と保護者等氏名欄は、ご両親どちらかを記入してください。
ただし、住所地以外に滞在中の方は、滞在先におられる方の氏名を記入してください。
- 2 申請者の電話番号につきましては、滞在先において日中連絡の取れる方の電話番号（携帯電話可）を記入してください。
- 3 予防接種券の有効期限は当該年度の末日（3月31日まで）となります。
- 4 予防接種券の送付については、受理日より約1週間程度かかりますのでご了承ください。
- 5 母子健康手帳の写しを添付してください。
 - ① 1 ページ目（出生届出済証明があるページ）
 - ② 予防接種の記録（複数ページ全て）
- 6 提出(送付)先及びお問い合わせ先 山形市母子保健課 給付支援係（山形市保健所内）
〒990-8580 山形市城南町1-1-1 霞城セントラル3階
- 7 お問い合わせ先
電話：023-616-7037（直通） FAX：023-647-2281
開庁時間：午前8時30分～午後5時15分
閉庁日：月曜・祝日・年末年始
(日曜、月曜が祝日の場合は、火曜日も閉庁。※閉庁日はこれによらない場合があります)