

川俣町定期予防接種再接種費用助成認定申請書

川俣町長 様

申請者	住所	川俣町
	ふりがな	
	氏名	対象者との続柄（ ）
	電話番号	

川俣町定期予防接種再接種費用助成金交付要綱第5条に基づき、次のとおり定期予防接種の再接種費用の助成を申請します。また当該再接種費用助成の決定に際し、必要に応じて町が疾病の状況を関係機関に問合わせることに同意します。

対象者	ふりがな		男 ・ 女	生年月日
	氏名			年 月 日 (歳 ヶ月)
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ 川俣町		
再接種予定医療機関	医療機関名			
	住所	電話番号（ ）		
再接種を行う予防接種の種類 ※該当する予防接種に○を付けてください	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブ : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・小児肺炎球菌 : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・五種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・三種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・不活化ポリオ（単独） : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・結核（BCG） ・二種混合 : 2期 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・追加 ・麻しん・風しん（MR） : 1期・2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 1期（1回目・2回目・追加）・2期 ・子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目 ・その他 () 			
再接種予定日	年 月 日			

【添付書類】

- 1 再接種が必要と医師が判断したことを証明する書類（定期予防接種再接種に係る意見書（様式第2号）
- 2 造血幹細胞移植を受ける以前の定期予防接種歴が確認できるもの（母子健康手帳等）の写し

【注意事項】

- 1 助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済の予防接種に限ります。
- 2 この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- 3 この申請により助成が決定される前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。