

釜石市特別の理由による予防接種の再接種費用助成申請書

年 月 日

釜石市長 宛て

(申請者) 住所

氏名

続柄 ( )

電話番号

釜石市特別の理由による予防接種の再接種費用助成金交付規則第5条の規定により、次のとおり予防接種再接種費用助成の対象となるための決定を受けたいので申請します。また、当該予防接種について、必要な情報(疾病の状況等)がある場合は、釜石市がその情報を関係機関に照会すること及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
接種予定 医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
再接種を行う 予防接種の種類 ※いずれかに○をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・五種混合 初回(1回目・2回目・3回目)・追加</li> <li>・四種混合 初回(1回目・2回目・3回目)・追加</li> <li>・三種混合 初回(1回目・2回目・3回目)・追加</li> <li>・二種混合 2期</li> <li>・不活化ポリオ(単独) 初回(1回目・2回目・3回目)・追加</li> <li>・ヒブ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加</li> <li>・小児用肺炎球菌 初回(1回目・2回目・3回目)・追加</li> <li>・B型肝炎 1回目・2回目・3回目</li> <li>・麻しん風しん混合(MR) 1期・2期</li> <li>・水痘 1回目・2回目</li> <li>・日本脳炎 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期</li> <li>・子宮頸がん 1回目・2回目・3回目</li> </ul>	

【添付書類】

- (1) 釜石市特別の理由による予防接種の再接種費用助成に関する意見書(様式第2号)
- (2) 定期接種を受けた履歴が確認できる母子健康手帳の写し