

東温市抗体が失われた小児への予防接種再接種助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）東温市長

申請者（保護者）住所

氏名 印 ※

助成対象者との続柄（ ）

電話

東温市抗体が失われた小児への予防接種再接種助成金交付要綱第5条第2項の規定にり、次のとおり申請します。

また、この申請に関し必要な情報（疾病の状況等）があるときは、東温市長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び以下の接種医療機関に提供することに同意します。

助成対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 <input type="checkbox"/> 東温市
	（フリガナ） 氏 名	（ <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女）
	生 年 月 日	年 月 日生（満 歳 箇月）
接種を希望する予防接種	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4種混合 { 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加） } ・ 2種混合 { 第1期（初回1回・初回2回・追加） ・ 第2期 } ・ 3種混合 { 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加） } ・ 麻しん・風しん { 第1期・第2期 } ・ 日本脳炎 { 第1期（初回1回・初回2回・追加） ・ 第2期 } ・ 急性灰白髄炎（ポリオ） { 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加） } ・ Hib（ヒブ）感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } ・ 小児用肺炎球菌感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } ・ ヒトパピローマウイルス感染症 { 1回・2回・3回 } ・ 水痘 { 1回・2回 } ・ B型肝炎 { 1回・2回・3回 } ・ ロタウイルスワクチン {1回・2回・3回} ・ 結核 	
療 接 機 種 関 医	医療機関名	
	所 在 地	
添付書類	<input type="checkbox"/> 東温市抗体が失われた小児への予防接種再接種に関する医師意見書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の定期予防接種の記録が記載されているページ等の写し	

※ 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。