

石川町予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

石川町長 様

申請者 住 所 石川町

氏 名 (続柄)

電話番号

石川町予防接種再接種費用助成対象の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------|---------------------------|------|-------|
| 被接種者 | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | 性 別 |
| | 住 所 | 石川町 | | |
| 再接種を受ける医療機関名 | | | | |
| 予防接種の種類等 (該当するものに○を付けてください。) | ヒブ (Hib) | 初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加 | | |
| | 小児用肺炎球菌 | 初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加 | | |
| | B型肝炎 | 初回 (1回目 ・ 2回目) ・ 追加 | | |
| | 四種混合 (DPT-IPV) | 第1期初回 (1回目・2回目・3回目)・第1期追加 | | |
| | 五種混合 (DPT-IPV-Hib) | 第1期初回 (1回目・2回目・3回目)・第1期追加 | | |
| | 不活化ポリオ(IPV) | 第1期初回 (1回目・2回目・3回目)・第1期追加 | | |
| | 麻しん風しん混合 (MR) | 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期 | | |
| | 麻しん | 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期 | | |
| | 風しん | 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期 | | |
| | 水痘 | 1回目 ・ 2回目 | | |
| | 日本脳炎 | 第1期初回 (1回目・2回目)・第1期追加・第2期 | | |
| | 二種混合 (DT) | 第2期 | | |
| | 子宮頸がん (HPV) | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 | | |
| その他 () | | | | |

※添付書類

- ①予防接種再接種に係る意見書 (様式第2号)
- ②過去に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの (母子健康手帳など)

※注意事項

- ①助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。
- ②助成対象の認定前に接種を受けた予防接種については、助成の対象外となります。
- ③本申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。