

様式第1号（第6条関係）

大仙市特別の理由による定期予防接種再接種費用助成申請書兼実績報告書

年 月 日

大仙市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり特別の理由による定期予防接種再接種費用の助成を申請します。

なお、この申請について、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び関係機関に当該予防接種に関する照会をすることに同意します。

1 助成申請額

| | |
|--|---|
| | 円 |
|--|---|

2 接種対象者（予防接種を受けた方）

| | | | |
|------|----------|-------------|--|
| 氏 名 | | 申請者との 続柄 | |
| 住 所 | 〒 大仙市 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |

3 再接種した助成対象予防接種

| |
|--|
| 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 印をつけ、[] 内の回数を○印で囲んでください |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎〔1回目・2回目・3回目〕 |
| <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌〔初回（1回目・2回目・3回目）・追加〕 |
| <input type="checkbox"/> Hib（ヒブ）〔初回（1回目・2回目・3回目）・追加〕 |
| <input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）〔1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加〕 |
| <input type="checkbox"/> 三種混合（DPT）〔初回（1回目・2回目・3回目）・追加〕 |
| <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（IPV）〔初回（1回目・2回目・3回目）・追加〕 |
| <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合〔1期・2期〕 <input type="checkbox"/> 麻しん〔1期・2期〕 <input type="checkbox"/> 風しん〔1期・2期〕 |
| <input type="checkbox"/> 水痘〔初回・追加〕 <input type="checkbox"/> 日本脳炎〔1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期〕 |
| <input type="checkbox"/> 二種混合（DT）〔2期〕 <input type="checkbox"/> BCG |
| <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス（HPV）〔1回目・2回目・3回目〕 |