

別記第1号様式(第6条関係)

串本町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

串本町長 宛

申請者 住 所 串本町  
氏 名  
被接種者との続柄 ( )  
電 話

串本町特別の理由による任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、助成の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容について必要があるときは、町が保有する個人情報について閲覧、調査及び医療機関に問い合わせすることに同意します。

|           |      |     |      |       |
|-----------|------|-----|------|-------|
| 被接種者      | 住 所  | 串本町 |      |       |
|           | フリガナ |     | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 氏 名  |     | 電 話  |       |
| 接種予定医療機関名 |      |     |      |       |

該当する予防接種にチェックし、回数を○で囲んでください。

| 予防接種の種類                                 | 回数                           |
|-----------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症      | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目              |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎           | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目              |
| <input type="checkbox"/> Hib感染症         | 初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加     |
| <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症     | 初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加     |
| <input type="checkbox"/> 四種混合           | 1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加 |
| <input type="checkbox"/> 三種混合           | 1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加 |
| <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ         | 1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加 |
| <input type="checkbox"/> 二種混合           | 2期                           |
| <input type="checkbox"/> BCG            |                              |
| <input type="checkbox"/> MR             | 1期 ・ 2期                      |
| <input type="checkbox"/> 水痘             | 1回目 ・ 2回目                    |
| <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"/> ヒトパピローマウイルス感染症 | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目              |

添付書類

- (1) 串本町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定に係る医師の意見書(別記第2号様式)
- (2) 特別の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できる書類(母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等)