

花巻市長 様

申請者 住 所

氏名（保護者）

印

電話番号

花巻市特別の理由による予防接種の再接種費用助成金交付申請書

花巻市特別の理由による予防接種の再接種費用助成事業に係る助成金の交付を受けたいので、花巻市特別の理由による予防接種の再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。また、花巻市が再接種の実施に関し必要な情報（疾病の状況等）を関係機関に照会することに同意します。

記

被接種者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	□申請者と同じ（申請者と同一の住所の場合は、☑をいれて住所の記載を省略できます。）		
接種予定 医療機関	医療機関名			
	所在する 市区町村名		電話番号	
再接種を行う予防接種 の種類及び回数	五種混合	第1期初回（1回目 2回目 3回目） 第1期追加		
	四種混合	第1期初回（1回目 2回目 3回目） 第1期追加		
	二種混合	第2期		
	麻しん風しん混合	第1期 第2期		
	日本脳炎	第1期初回（1回目 2回目） 第1期追加 第2期		
	Hib 感染症	初回（1回目 2回目 3回目） 追加		
	小児の肺炎球菌感染症	初回（1回目 2回目 3回目） 追加		
	水痘	1回目 2回目		
	B型肝炎	1回目 2回目 3回目		
	ヒトパピローマウイルス感染症	1回目 2回目 3回目		
	その他	（ ）		

【添付書類】

- ・花巻市特別の理由による予防接種の再接種に係る医師の意見書（様式第2号）
- ・母子健康手帳その他の造血幹細胞移植等を受けるまでに接種した予防接種の記録がわかるものの写し

【注意事項】

- ・助成対象となる予防接種は、過去に定期の予防接種として接種済みのものに限りません。
- ・この申請により再接種する予防接種は、任意接種になります。
- ・この申請により助成金の交付が決定する前に再接種した予防接種は、助成の対象になりません。