

様式第1号(第7条関係)

綾川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
(あて先) 綾川町長

次のとおり特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定を申請します。

申請日		年 月 日		
申請者 (保護者)	フリガナ			電話番号
	氏 名	印		
	住 所			被接種者との続柄
被接種者	フリガナ			生年月日
	氏 名			
	住 所	※申請者と異なる場合ご記入ください 綾川町		
再接種を受ける医療機関名				
※該当するものに○をつけてください				
予防接種の種類等	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	1回目 2回目 3回目		
	4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 (1回目 2回目 3回目)	第1期追加	
	3種混合 (DPT)	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)	初回 (1回目 2回目 3回目)	追加	
	B C G	1回		
	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	
	2種混合 (DT)	第2期		
	子宮頸がん (HPV)	1回目 2回目 3回目		

【添付書類】

- ・綾川町特別の理由による任意予防接種再接種費用助成対象認定に係る意見書 (様式第2号)
- ・定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳その他の定期予防接種の記録を証する書類

【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。