

特別の理由による定期予防接種再接種費用助成対象者認定申請書

年 月 日

横 手 市 長 様

申請者（保護者）

住 所 〒
横手市

氏 名

電話番号

このことについて、下記により再度予防接種を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日	男・女
	氏名				
住 所 (申請者と異なる場合のみ記入)	〒				
今年度実施する 再接種の種類 ※○をつけて ください	B型肝炎 1 回目	五種混合 1 期初回 (1回目)	ヒトパピローマウイルス 2 回目		
	B型肝炎 2 回目	五種混合 1 期初回 (2回目)	ヒトパピローマウイルス 3 回目		
	B型肝炎 3 回目	五種混合 1 期初回 (3回目)	三種混合 1 期初回 (1 回目)		
	小児用肺炎球菌 1 回目	五種混合 1 期初回追加	三種混合 1 期初回 (2 回目)		
	小児用肺炎球菌 2 回目	B C G	三種混合 1 期初回 (3 回目)		
	小児用肺炎球菌 3 回目	麻しん風しん混合 (MR) 1 期	三種混合 1 期追加		
	小児用肺炎球菌 追加	麻しん風しん混合 (MR) 2 期	麻しん 1 期		
	ヒブ (H i b) 感染症 1 回目	水痘 1 回目	麻しん 2 期		
	ヒブ (H i b) 感染症 2 回目	水痘 2 回目	風しん 1 期		
	ヒブ (H i b) 感染症 3 回目	日本脳炎 1 期初回 (1 回目)	風しん 2 期		
	ヒブ (H i b) 感染症 追加	日本脳炎 1 期初回 (2 回目)	不活化ポリオ 初回 (1 回目)		
	四種混合 1 期初回 (1 回目)	日本脳炎 1 期追加	不活化ポリオ 初回 (2 回目)		
	四種混合 1 期初回 (2 回目)	日本脳炎 2 期	不活化ポリオ 初回 (3 回目)		
	四種混合 1 期初回 (3 回目)	二種混合	不活化ポリオ 追加		
	四種混合 1 期追加	ヒトパピローマウイルス 1 回目			
特別の理由	1. 疾病名と再接種理由 ()				
	2. 再接種が可能となった時期 年 月 日				
	3. 再接種予定日 年 月 日				
再接種 医療機関	1. 医療機関名 (医療機関名 住 所 〒)				