

(様式第1号)

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

〇〇年 〇月 〇〇日

横手市長様

申請者（保護者）

住所 〒013-0044 横手市横山町1番1号

氏名 横手 花子

電話番号

日中連絡の取れる番号を記入

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	ヨコテ タロウ		生年月日	〇年〇月〇日	男・女
	氏名	横手	太郎			
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 ※〇をつけて ください	<input type="radio"/>	ヒブ(Hib)感染症 1回目		四種混合 1期追加		不活化ポリオ 初回(1回目)
		ヒブ(Hib)感染症 2回目		BCG		不活化ポリオ 初回(2回目)
		ヒブ(Hib)感染症 3回目		麻しん風しん混合(MR) 1期		不活化ポリオ 初回(3回目)
		ヒブ(Hib)感染症 追加		麻しん風しん混合(MR) 2期		不活化ポリオ 追加
	<input type="radio"/>	小児用肺炎球菌 1回目		水痘 1回目		三種混合 1期初回(1回目)
		小児用肺炎球菌 2回目		水痘 2回目		三種混合 1期初回(2回目)
		小児用肺炎球菌 3回目		日本脳炎 1期初回(1回目)		三種混合 1期初回(3回目)
		小児用肺炎球菌 追加		日本脳炎 1期初回(2回目)		三種混合 1期追加
	<input type="radio"/>	B型肝炎 1回目		日本脳炎 1期追加		麻しん 1期
		B型肝炎 2回目		日本脳炎 2期		麻しん 2期
		B型肝炎 3回目		二種混合		風しん 1期
	<input type="radio"/>	四種混合 1期初回(1回目)		子宮頸がん予防(HPV) 1回目		風しん 2期
		四種混合 1期初回(2回目)		子宮頸がん予防(HPV) 2回目		
	四種混合 1期初回(3回目)		子宮頸がん予防(HPV) 3回目			
特別の理由	1. 疾病名と再接種理由 (〇〇で〇〇手術を受けたため)					
	2. 再接種が可能となった時期				〇〇年	〇月 〇〇日
	3. 再接種予定日				〇〇年	〇月 〇〇日
再接種 医療機関	1. 医療機関名 (医療機関名 〇〇〇〇 住所 〇〇〇〇)					