

(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

年 月 日

横 手 市 長 様

申請者 (保護者)

住 所 〒

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	ヒブ (H i b) 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 (H i b) 感染症 2回目	B C G	不活化ポリオ 初回 (2回目)	
	ヒブ (H i b) 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 (H i b) 感染症 追加	麻しん風しん混合 (MR) 2期	不活化ポリオ 追加	
	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	
	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	
	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 ( ) 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 〒 )			