

定期予防接種再接種費用助成申請書

伊達市長

申請者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	電話番号		対象者との関係	

伊達市定期予防接種再接種費用助成事業実施要綱第 5 条に基づき、次のとおり定期予防接種の再接種費用の助成を申請します。また、当該再接種費用助成の決定に際し、必要に応じて市が疾病の状況等を関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	フリガナ		男・女	生年月日
	氏 名			年 月 日
	住 所	☐ 上記申請者住所と同じ		
接種予定医療機関		(医療機関名) (住所) (電話番号)		
再接種を行う予防接種の種類 ※いずれかに○を付けてください。		・ヒブ : 初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加接種 ・小児肺炎球菌 : 初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加接種 ・四種混合 : 1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加接種 ・三種混合 : 1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加接種 ・不活化ポリオ(単独) : 初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加接種 ・二種混合 : 2 期 ・B 型肝炎 : 1 回目・2 回目・3 回目 ・麻しん・風しん(MR) : 1 期・2 期 ・水痘 : 1 回目・2 回目 ・日本脳炎 : 1 期初回（1 回目・2 回目）・1 期追加・2 期 ・子宮頸がん : 1 回目・2 回目・3 回目 ・その他（)		
接種予定日		年 月 日		

【添付書類】

- ① 定期予防接種再接種費用助成事業に係る意見書（様式第2号）
- ② 造血幹細胞移植等を受ける前の定期予防接種歴が確認できるもの（母子健康手帳等）の写し
- ※添付書類は原則お返ししません。

【注意事項】

- ① 助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ② この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ③ この申請により助成が決定される前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。