

清須市長 様

申請者 住所

氏名  
 （自署の場合、押印不要）  
 電話（ ）

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助対象者認定申請書

予防接種費に係る補助を受けたいので、清須市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助事業実施要綱第6条に基づき、次のとおり申請します。

接種対象者	住 所	清須市	
	フリガナ氏名	( 男 ・ 女 )	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
接種を希望する予防接種	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	
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	結核 (BCG)		
	麻しん風しん混合 (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	
	二種混合 (DT)	2期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
その他	( )		
実施医療機関	名称		
	所在地		

添付書類

- ・ 医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種に係る医師意見書（第2号様式）
- ・ 母子健康手帳の予防接種記録又は骨髄移植手術その他の医療行為により免疫を失う以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し