様式第１号（第５条関係）

美浜町定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

美浜町長　　様

　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 　　月　　 　日

美浜町定期予防接種再接種費用助成対象の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | | | 連絡先 |  | |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 |  | | | | 被接種者との続柄 |  |
| 被接種者 | ふりがな |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏　　名 |  | | |
| 性　別 | 男　　・　　女 | |
| 住　　所 |  | | | | | |
| 再接種を受ける医療機関名 | | |  | | | | |
| 予防接種の種類等  （該当するものに〇を付けてください。） | 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 | | | | |
| ４種混合（DPT-IPV） | | 第１期初回（１回目・２回目・３回目）・第１期追加 | | | | |
| ３種混合（DPT） | | 第１期初回（１回目・２回目・３回目）・第１期追加 | | | | |
| 不活化ポリオ（IPV) | | 初回（１回目　・　２回目　・　３回目）　・　追加 | | | | |
| ＢＣＧ | | １回 | | | | |
| 麻しん風しん混合（MR） | | 第１期　・　第２期　・　第３期　・　第４期 | | | | |
| 麻しん | | 第１期　・　第２期　・　第３期　・　第４期 | | | | |
| 風しん | | 第１期　・　第２期　・　第３期　・　第４期 | | | | |
| 水痘 | | １回目　・　２回目 | | | | |
| 日本脳炎 | | 第１期初回（１回目・２回目）・第１期追加・第２期 | | | | |
| ２種混合（DT) | | 第２期 | | | | |
| 子宮がん（HPV） | | １回目　・　２回目　・　３回目 | | | | |
| ロタウイルス | | ロタリックス | １回目　・　２回目 | | | |
| ロタテック | １回目　・　２回目　・　３回目 | | | |

＜添付書類＞

　　・美浜町定期予防接種再接種費用助成対象認定に係る意見書（様式第２号）

　　・母子健康手帳（再接種が必要となる理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し

＜注意事項＞

　　１　助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。

　　２　助成対象の認定前に接種を受けた予防接種については、助成の対象外となります。

　　３　本申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。