

軽米町長 様

【申請者】

住 所

氏 名

対象者との続柄

電話番号

軽米町特別の理由による予防接種再接種費用助成金交付申請書

軽米町特別の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第 5 の規定により、次のとおり予防接種の再接種費用の助成を申請します。また、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、軽米町がその情報を関係機関に問い合わせる事に同意します。

記

対象者	フリガナ 氏 名					
	住 所					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
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 ※接種が必要なものに○をつけてください		5 種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加			
		4 種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加			
		2 種混合	2 期			
		麻しん風しん混合	1 期・2 期			
		日本脳炎	1 期初回（1 回目・2 回目）・1 期追加・2 期			
		Hib 感染症	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加			
		小児の肺炎球菌感染症	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加			
		水痘	1 回目・2 回目			
		B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目			
		子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目			
		その他				

【添付書類】

- ・軽米町特別の理由による予防接種の再接種費用助成に関する意見書（様式第 2 号）
- ・造血幹細胞移植等を受けるまでの定期接種の記録が記載されたもの（母子健康手帳等）の写し

【注意事項】

- ・助成対象となる予防接種は、過去に定期の予防接種として接種済みのものに限りません。
- ・この申請により再接種する予防接種は、任意接種になります。
- ・この申請により助成金の交付が決定する前に再接種した予防接種は、助成の対象になりません。