

西条市長 殿

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ (被接種者との続柄) _____

電話番号 _____

西条市特別の理由による任意予防接種費用補助金交付申請書

西条市特別の理由による任意予防接種費用補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、西条市がその情報を関係医療機関に問い合わせること、及び実施医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	ふりがな		男 ・ 女
	氏 名		
種 者	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	
	住 所	西条市	
再接種が 必要な 予防接種 の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ BCG（4歳未満） 1回 ・ ヒブ（10歳未満） 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 小児肺炎球菌（6歳未満）初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ・ 四種混合、三種混合（15歳未満） 1期接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 二種混合 2期 ・ 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・追加）・2期 ・ 不活化ポリオ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ ロタウイルス感染症 1回目・2回目・3回目 ・ ヒトパピローマウイルス感染症 1回目・2回目・3回目 		
* 該当する 予防接種 を○で囲 んでくだ さい。			
接 種 開 始 予 定 日			
接 種 予 定 医 療 機 関			

【注意事項】

補助の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予防接種に限ります。なお、この申請による再接種する予防接種は、任意接種となります。

交付申請書に、次の書類を添付してください。

- ・ 西条市特別の理由による任意予防接種費用補助に関する意見書（様式第2号）
- ・ 母子健康手帳（骨髄移植等を受ける以前の定期の予防接種の履歴を確認することができるもの）又は当該履歴を確認することができるもの