

様式第 1 号

南砺市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定申請書

年 月 日

(宛先) 南砺市長

南砺市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要領第 2 条に規定する助成対象者の認定を受けたいので、同要領第 5 条の規定により下記のとおり申請します。

住 所	南砺市	
フリガナ		
氏 名		
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
接種済みの定期 予防接種の予防 効果が期待でき ない原因となっ た疾病名と治療 内容	(疾病の名称)	
	(治療内容)	
	(治療期間)	
再接種が必要な 予防接種の種類 と回数 ※該当する予防 接種に✓し、回 数を○で囲んで ください。	☐ B C G	
	☐ 小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加
	☐ ヒブ	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加
	☐ 5 種混合	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加
	☐ 4 種混合	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加
	☐ 3 種混合	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加
	☐ 不活化ポリオ	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
	☐ 水痘	1 回目・2 回目
	☐ 麻しん・風しん	1 期・2 期
	☐ 麻しん	1 期・2 期
	☐ 風しん	1 期・2 期
	☐ 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・1 期追加・2 期
	☐ 二種混合	2 期
☐ 子宮頸がん予防	1 回目・2 回目・3 回目	
記載年月日：令和 年 月 日		
医療機関名		
住 所		
電話番号		
医師氏名		印

[意見書作成に係る注意事項]

- 注 1 この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので、申請者の負担となります。
- 2 ご記入いただきました内容につきまして、内部照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。