

富士宮市再予防接種費用助成金交付対象認定申請書

(宛先) 富士宮市長

申請者 住所  
 氏名  
 被接種者との続柄  
 電話番号

富士宮市再予防接種費用助成金交付のための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、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、富士宮市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
	住所	(申請者と同じ場合は記入は不要です。)		
予防接種実施 (予定) 医療機関				

【接種済みの定期予防接種の種類】 該当するものに○ を付けてください。

ワクチン名	過去に受けた接種 (回数)
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
四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 1期追加
三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 1期追加
不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 1期追加
結核 (BCG)	B C G
麻しん・風しん	MR(1期・2期・3期)・麻しん (1期)・風しん (1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)	1期初回 (1回目・2回目) 1期追加 ・ 2期
B型肝炎	1回目・2回目・3回目
子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目

(添付書類) ・母子健康手帳の写し

・骨髄移植手術その他の理由により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できない旨及び再接種の対象となる予防接種名が記載された医師の診断書又は理由書