

第1号様式

令和 年 月 日

今金町定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

今金町長 様

申請者（保護者等）

住 所

氏 名

⑨

（被接種者との続柄： ）

電話番号

今金町定期予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり予防接種の実施を申請します。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、今金町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	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 今金町字
	(ふりがな) 氏 名	(<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)
	生年月日	(元号) 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)
接 種 を 希 望 す る 予 防 	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎 (DPT-I PV)	(回)
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風 (DPT)	(回)
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 (ポリオ)	(回)
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん (MR)	(回)
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	(回)
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風 (DT)	(回)
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型 (Hi b)	(回)
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	(回)
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	(回)
	<input type="checkbox"/> 水痘	(回)
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	(回)
	<input type="checkbox"/> 結核	(回)
接 種 医 療 機 関	医療機関名	
	所在地	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 (第2号様式)	
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳又は当該履歴が確認できるものの写し	