

様式第1号(第6条関係)

申請日 年 月 日

医療行為により免疫を失った場合の予防接種再接種費用補助金認定申請書

南越前町長 様

申請者 (保護者)

住所

氏名

印

電話番号

医療行為により免疫を失った場合の予防接種再接種費用補助金交付要綱第6条の規定に基づき、補助金の交付の対象となる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（疾病等の情報）があるときは、南越前町長が、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。

接種を受ける人	氏名	カガナ	性別	男・女
	住所	南越前町		
	生年月日	年 月 日		

※医療機関記入欄			
接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 (被接種者の疾病等の状況及び治療の内容など)			
再接種が必要な予防接種	種類	※裏面の「再接種が必要な予防接種の種類」にご記入下さい。	
	接種予定医療機関	<input type="checkbox"/> 下記の医療機関 <input type="checkbox"/> 下記以外の医療機関 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称</li> <li>・所在地</li> <li>・医師名</li> <li>・理由</li> </ul> </div>	
医療機関名			
所在地			
医師サイン		電話番号	

・添付書類 母子健康手帳等の予防接種の記録が確認できる書類の写し

(裏面)

## 再接種が必要な予防接種の種類

ワクチンの種類	定期接種として接種済みの場合は○	再接種が必要な場合は○	接種予定年月
B型肝炎			1回目 (      年      月)
			2回目 (      年      月)
			3回目 (      年      月)
ヒブ			1回目 (      年      月)
			2回目 (      年      月)
			3回目 (      年      月)
			4回目 (      年      月)
小児用肺炎球菌			1回目 (      年      月)
			2回目 (      年      月)
			3回目 (      年      月)
			4回目 (      年      月)
四種混合			1期初回1回目 (      年      月)
			1期初回2回目 (      年      月)
			1期初回3回目 (      年      月)
			1期追加 (      年      月)
三種混合			1期初回1回目 (      年      月)
			1期初回2回目 (      年      月)
			1期初回3回目 (      年      月)
			1期追加 (      年      月)
不活化ポリオ			初回1回目 (      年      月)
			初回2回目 (      年      月)
			初回3回目 (      年      月)
			追加 (      年      月)
生ポリオ			1回目 (      年      月)
			2回目 (      年      月)
二種混合			2期 (      年      月)
B C G			年      月
水痘			初回 (      年      月)
			追加 (      年      月)
麻しん風しん混合			1期 (      年      月)
			2期 (      年      月)
日本脳炎			1期初回1回目 (      年      月)
			1期初回2回目 (      年      月)
			1期追加 (      年      月)
			2期 (      年      月)
子宮頸がん			1回目 (      年      月)
			2回目 (      年      月)
			3回目 (      年      月)