

様式第 1 号（第 5 条関係）

猪苗代町予防接種再接種費用助成認定申請書

年 月 日

猪苗代町長

住 所
申請者
氏 名

猪苗代町予防接種再接種費用助成事業による再接種を受けたいので、猪苗代町予防接種再接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

被 接 種 者	住 所	耶麻郡猪苗代町 字		
	フリガナ 氏 名		保護者 氏 名	
	生年月日	年 月 日	電話番号	
再接種を行う 予防接種名 ※該当するもの を○で囲む	・ヒブ感染症 : 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 : 1 期初回（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			
	・水痘 : 1 回目・2 回目			
	・麻しん風しん混合 : 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			
	・子宮頸がんワクチン : 1 回目・2 回目・3 回目			
	・B 型肝炎 : 1 回目・2 回目・3 回目			
・ロタウイルス : 1 回目・2 回目・3 回目				
予防接種を 受ける予定日 または期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
接種予定 医療機関	医療機関名 : 所在地 : 電話番号 :			

（留意事項）

- ・母子健康手帳等の助成対象者の定期接種の接種歴が確認できる書類を添付してください。