

年 月 日

遠野市長 様

申請者 住所  
氏名  
(被接種者との続柄 )  
電話 - -

遠野市特別の理由によるワクチン再接種費用助成金交付申請書

遠野市特別の理由によるワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて、下記のとおりワクチン再接種費用助成金の交付を申請します。

また、遠野市が再接種の実施に関し必要な情報（疾病の状況）を関係機関に照会すること及び当該関係機関がこの照会について回答することに同意します。

被接種者	住所	遠野市	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	ふりがな				
	氏名		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日	( 男 ・ 女 )		
接種予定医療機関					
住所		〒 電話 ( - - )			
再接種を行う 予防接種の種類  ※いずれかに○をつけてください	B型肝炎	: 1回目	2回目	3回目	
	H i b感染症	: 1回目	2回目	3回目	追加
	肺炎球菌 (小児)	: 1回目	2回目	3回目	追加
	四種混合 (DPT-IPV)	: 1回目	2回目	3回目	追加
	二種混合 (DT)				
	麻しん風しん (MR)	: 第1期	第2期		
	水痘	: 1回目	2回目		
	日本脳炎	: 1回目	2回目	追加	第2期
	ヒトパピローマウイルス	: 1回目	2回目	3回目	
その他	: ( )				

【添付書類】

- 1 遠野市特別の理由によるワクチン再接種に係る医師の意見書（様式第2号）
- 2 造血幹細胞移植等の医療行為を受けるまでの予防接種履歴の記録が記載されているもの（母子健康手帳等）の写し

【注意事項】

- 1 助成対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みのものに限りません。
- 2 この申請により再接種する予防接種は、任意接種になります。
- 3 この申請により費用助成が決定する前に接種した予防接種は、助成対象になりません。