

鏡石町長 様

申請者 住所
氏名 印
(再接種を受ける者との関係)
電話番号

鏡石町予防接種再接種費用助成承認申請書

鏡石町予防接種再接種費用助成金交付事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

再接種については、必要性及び副反応、(独)医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、了承します。また、必要な情報がある場合には、鏡石町が関係機関に問い合わせることに同意します。

記

1 申請内容

再接種を受ける者	氏名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日	生まれ(満 歳)
	住所	鏡石町	
再接種の理由		造血幹細胞移植/その他理由の内容を記入してください。	
再接種を行う予防接種の種類(該当する予防接種に○)			
再接種をする 予防接種の種類	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	小児用肺炎球菌	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	水痘	1回目・2回目	
	麻しん風しん混合	1期・2期	
	二種混合	2期	
	日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	
	ヒトパピローウイルス	1回目・2回目・3回目	
その他			
再接種を受ける医療機関			

2 添付書類

- (1) 鏡石町予防接種再接種費用助成承認申請に係る主治医意見書(様式第2号)
- (2) 母子健康手帳等の再接種を必要とする前の定期予防接種の接種履歴を確認することができる書類