別　記

第１号様式

免疫消失児等任意予防接種費助成申請書

年　　月　　日

（あて先）成田市長

任意予防接種に要した費用の助成を受けたいので，次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>接種者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>助成申請額</td><td>円</td><td>任意予防接種に要した費用</td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">被接種者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>年齢</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">予防接種</td><td>種類</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>接種日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">接種医療機関</td><td>名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">振込先</td><td rowspan="2">金融機関名</td><td colspan="3">銀行・農協
信用金庫</td></tr>
<tr><td colspan="3">本店・支店
支所</td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td colspan="3">普通　・　当座</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

第２号様式

任意予防接種医療機関証明書

年　　月　　日

（あて先）成田市長

医療機関
所　在　地
名　　称
主治医の氏名
電 話 番 号

次のとおり被接種者は，疾病の治療により，既に接種した定期予防接種の効果が期待できないため，再度の予防接種が必要であることを証明します。

被接種者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名		年　　齢	歳
	住　　所			
既に接種した定期予防接種の効果が期待できない理由	疾病名			
	治療内容			
	治療期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
再度の接種が必要な予防接種とその回数	☐ ＢＣＧ			
	☐ 小児用肺炎球菌	初回（１回目・２回目・３回目）・追加		
	☐ Ｈｉｂ	初回（１回目・２回目・３回目）・追加		
	☐ ４種混合	初回（１回目・２回目・３回目）・追加		
	☐ ３種混合	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		
	☐ Ｂ型肝炎	１回目・２回目・３回目		
	☐ 麻しん風しん混合	１期・２期		
	☐ 水痘	１回目・２回目		
	☐ 日本脳炎	１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期		
	☐ ２種混合（２期）	２期		
	☐ ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ	１回目・２回目・３回目		