

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。

申請者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名		接種者との続柄	
	住 所			
	電 話 番 号			
	助 成 申 請 額	円	任意予防接種に 要した費用	円
被 接 種 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名		年 齢	歳
	住 所			
予 防 接 種	種 類			
	接 種 日			
	接種医療機関	名 称		
		所 在 地		
電 話 番 号				
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫		
		本店・支店 支 所		
	口 座 種 別	普通 ・ 当座		
	口 座 番 号			
	フリガナ			
	口 座 名 義 人			

任意予防接種医療機関証明書

年 月 日

(あて先) 成田市長

所在地
 医療機関 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	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> Hib	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 4種混合	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 3種混合	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
	<input type="checkbox"/> 2種混合（2期）	2期		
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス	1回目・2回目・3回目		

