

様式第 1 号（第 5 条関係）

黒部市定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

黒部市長 宛て

次のとおり定期予防接種再接種費用助成対象の認定を申請します。

接種対象者	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生		
	住 所	黒部市		
	保護者氏名		連絡先	
再接種が 必要な 予防接種	再接種する予防接種に○を付けてください B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ヒブ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 小児肺炎球菌 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 五種混合 1期初回（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 BCG 水痘 1回目・2回目 麻しん・風しん 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 三種混合 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 子宮頸がん予防 1回目・2回目・3回目			
接種希望 医療機関	名 称			
	所在地			

【添付書類】

- 1 黒部市定期予防接種再接種費用助成に関する意見書（様式第 2 号）
- 2 母子健康手帳（骨髄移植その他の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し