

須賀川市長 様

申請者 住所  
氏名  
(再接種を受ける者との関係 )  
電話番号

須賀川市予防接種再接種費用助成金交付申請書

須賀川市予防接種再接種費用助成金交付要綱第5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、須賀川市が関係機関に問い合わせることに同意します。

記

再接種を受ける者	氏名		
	生年月日	年	月 日 (満 歳)
	住所	須賀川市	
再接種の理由	骨髄移植手術/その他の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○)	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	
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	三種混合/四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	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	
	二種混合	2期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 (使用ワクチンを記入: 価)	
その他	ワクチン名: 回数:		
再接種を受ける医療機関			

【添付書類】

- (1) 須賀川市予防接種再接種費用助成金交付申請に係る主治医意見書 (第2号様式)
- (2) 定期接種の履歴を確認することができる書類 (母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等)