

様式第 1号

千葉市特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請書(保護者)

住 所

氏 名

(署名または記名押印)

(被接種者との続柄)

電話番号

千葉市特別の理由による任意予防接種費用助成金事業実施要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報(疾病の状況等)があるときは、千葉市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 千葉市 区		
	(ふりがな) 氏 名			<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年	月	日生 (満 歳 ヶ月)
再接種を行う 予防接種の種類 ※該当する予防接種を ○で囲んでください。	・BCG(4歳未満) : 1回 ・ヒブ(10歳未満) : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・小児肺炎球菌(6歳未満) : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・四種混合(15歳未満) : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・二種混合 : 2期 ・麻しん・風しん(MR) : 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・3回目)・追加接種 ・不活化ポリオ : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・HPV : 1回目・2回目・3回目 ・その他 ()			
接種予定医療機関	(医療機関名) (住所) (電話番号)			
添付文書 チェック欄	<input type="checkbox"/> 医師理由書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 予防接種記録が確認できる書類の写し等			

【注意事項】

- ① 助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ② この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ③ この申請により助成対象者として認定する前に接種した予防接種は助成の対象になりません。