

記入見本

の部分のみを記入・押印してください

第1号様式（第6条関係）

新居浜市特別の理由による任意予防接種費用補助対象認定申請書

記入しないでください
— 年 — 月 — 日 —

（宛先）新居浜市長

申請者

住 所

氏 名

（被接種者との続柄）

電話番号

新居浜市特別の理由による任意予防接種費用補助金交付要綱第6条の規定に基づき、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）があるときは新居浜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	ふりがな 氏 名		男・女
	生年月日	平成・令和 年 月 日（ 歳 か月）	
	住 所	新居浜市	
再接種が必要な 予防接種の種類	・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 * 該当する予防接種を○で囲んでください。 ・水痘 1回目・2回目 ・日本脳炎 1期初回（1回目・2回目・追加）・2期 ・不活化ポリオ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・子宮頸がん 1回目・2回目・3回目 ・五種混合（15歳未満） 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種		
接種開始 予定日			
接種予定 医療機関			

【注意事項】

補助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。なおこの申請による再接種する予防接種は任意接種となります。
交付申請書に次の書類を添付してください。
・新居浜市特別の理由による任意予防接種費用補助に関する医師の意見書（様式第2号）
・母子健康手帳（骨髄移植等を受ける以前の定期予防接種の履歴を確認することができるもの）又は当該履歴を確認することができるもの