

港区予防接種再接種費用助成対象認定申請書

(宛先) 港 区 長

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 被接種者との続柄 _____
 電話番号 _____

次のとおり、港区予防接種再接種費用助成事業について、港区予防接種再接種費用助成要綱第5条の規定により申請します。

なお、必要に応じて、区が保有する申請者及び被接種者の個人情報を見ることができ、意見書を作成した医療機関へ問い合わせることに同意します。

被接種者	住 所	電話番号 ()
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
接種を希望する 予防接種ワクチン	該当するものに○を付けてください ヒブ(Hib) 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 B型肝炎 1回目・2回目・3回目 四種混合(DPT-IPV) 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 五種混合(DPT-IPV-Hib) 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 二種混合(DT) 2期 不活化ポリオ(IPV) 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(MR) 1期・2期 麻しん 1期・2期 風しん 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 子宮頸がん予防(HPV) 1回目・2回目・3回目	
接種を予定している 医 療 機 関	医療機関名称	
	住所	
	電話番号	

(添付書類)

- 1 予防接種再接種に関する医師意見書(第2号様式)
- 2 母子健康手帳(骨髄移植等の医療行為を受ける必要が生じる以前の定期的予防接種の履歴が確認できるもの)又は当該履歴が確認できるものの写し