様式第１号（第６条関係）

医療行為による免疫消失等に伴う予防接種再接種費補助金交付申請書

年　月　日

　　水戸市長　様

住　　所

氏　　名

電話番号

被接種者との関係

　　医療行為による免疫消失等に伴う予防接種再接種費補助金の交付を受けたいので，水戸市医療行為による免疫消失等に伴う予防接種再接種費補助金交付要項第６条第１項の規定により，下記のとおり申請します。

記

　１　補助対象再接種の種類等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | （フリガナ）  氏　　　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | |
| 住　　　　所 |  | |
| 再接種を受ける理由 | |  | |
| 予防接種を受けた年月日 | |  | |
| 再接種を受ける予防接種の疾病等  □にレを記入してください。 | | 疾病等 | 申請金額 |
| □　Ｈｉｂ感染症　※10歳未満  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加）（ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
| □　肺炎球菌感染症（小児がかかるものに限る。）　※６歳未満  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加）（ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
| □　Ｂ型肝炎  （□１回目・□２回目・□追加）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　ジフテリア，百日せき，急性灰白髄炎， | 円 |
|  | | 破傷風，Ｈｉｂ感染症（１期）　※15歳未満  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） |  |
|  | | □　ジフテリア，百日せき，急性灰白髄炎，破傷風　※15歳未満  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　ジフテリア，破傷風（２期）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　急性灰白髄炎  （□１回目・□２回目・□３回目・□追加）（ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　結核　※４歳未満  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　水痘  （□１回目・□２回目）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　麻しん，風しん（１期）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　麻しん，風しん（２期）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　日本脳炎（１期）  （□１回目・□２回目・□追加）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　日本脳炎（２期）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　ヒトパピローマウイルス感染症  （□１回目・□２回目・□３回目）  （ワクチン名：　　　　　　　　　　　　） | 円 |
|  | | □　その他 | 円 |
| 合　計 | | | 円 |
| 再接種予定医療機関 | |  | |

　２　添付書類

　　(1) 医師意見書（様式第２号）

　　(2) 補助対象再接種に係る従前の接種記録が確認できる書類

　　(3) 本市の住民基本台帳に記録されていることが確認できる書類

　　(4) 前３号に掲げるもののほか，市長が必要と認める書類

　３　同意事項（□にレを入れてください。）

　　□　支給要件の該当性等を審査等するため，市長が必要な住民基本台帳情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求めることに同意します。