

三田市予防接種再接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

三田市長 様

申請者住所

氏 名

印

被接種者との続柄（ ）

電話番号（ ）

三田市骨髄移植後等の予防接種の再接種に対する助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住 所	〒
接 種 を 希 望 す る 予 防 接 種	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) ※平成28年4月1日以降に生まれた方のみ	
	<input type="checkbox"/> Hib感染症 (回) ※10歳未満の方のみ	
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 (回) ※6歳未満の方のみ	
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (回) ※15歳未満の方のみ	
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (回) ※15歳未満の方のみ	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (回)	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (回)	
	<input type="checkbox"/> 水痘 (回) ※平成26年10月1日以降に定期接種を受けた方のみ	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回)	
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (回)	
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス (回)	
接種医療機関	名 称	
	所在地	
添付書類	(1) 三田市予防接種再接種費助成対象者該当理由書 (様式第2号) (2) 母子健康手帳(治療前の定期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	
同意書欄	<p>助成対象者及び助成対象者と同一世帯に属する者の課税、世帯状況に関する調査に同意します。</p> <p>また、予防接種について必要な情報があるときは、三田市こども家庭支援センター母子保健担当から医療機関に確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">_____ 扶養義務者氏名 印</p>	