

令和 年 月 日

浜田市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
被接種者との続柄 （ ）

※申請者本人が署名しない場合は、記名押印してください

定期予防接種再接種費助成金認定申請書

定期予防接種再接種費助成金の認定を受けたいので、浜田市定期予防接種再接種費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、当該認定に際して、市長が私又は被接種者の疾患の状況等に関する情報を関係医療機関へ問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
助成対象予防接種 の種類 (該当するもの全てに○)	5種混合	1期（1・2・3）回目・1期追加
	4種混合	1期（1・2・3）回目・1期追加
	3種混合	1期（1・2・3）回目・1期追加
	不活化ポリオ	1期（1・2・3）回目・1期追加
	2種混合(DT)	2期
	麻しん風しん	1期・2期
	麻 し ん	1期・2期
	風 し ん	1期・2期
	日 本 脳 炎	1期初回（1・2）回目・1期追加・2期
	ヒ ブ	（1・2・3）回目・追加
	小児肺炎球菌	（1・2・3）回目・追加
	子宮頸がん	（1・2・3）回目
水 痘	（1・2）回目	
B 型 肝 炎	（1・2・3）回目	

【添付書類】

- ・定期予防接種再接種費助成金認定に係る医師意見書
- ・母子健康手帳又は定期予防接種を受けたことが分かる書類の写し