

予防接種の再接種費用助成金対象認定申請書

鯖江市長 殿

申請者（保護者）住 所

氏 名

続柄（ ）

連絡先

鯖江市医療行為により免疫を失った場合の予防接種の再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、助成金の交付対象となるための認定を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、鯖江市が再接種費用助成認定について必要な情報を医療機関に問い合わせることに同意します。

対象者	住 所	
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
再接種を行う予防接種	B型肝炎：1回目・2回目・3回目	
	ヒブ：初回（1回目・2回目・3回目）・追加	対象：10歳未満
	小児用肺炎球菌：初回（1回目・2回目・3回目）・追加	対象：6歳未満
	四種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加	対象：15歳未満
	三種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	不活化ポリオ：1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	二種混合	
	BCG	対象：4歳未満
	麻しん風しん混合：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：1回目・2回目・3回目	
再接種を受ける医療機関		
通知書類送付先	1 現住所	
	2 滞在先住所 〒 —	