

様式1（第2条関係）

予防接種費用負担軽減助成申請書

年 月 日

大治町長 殿

住 所 大治町大字
申請者氏名

電 話 番 号 （ ） ー

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
接種対象者名			
予防接種 の種類	R S ウイルス感染症		
	小児用肺炎球菌 (1 2 3 追加)	ポリオ (1 2 3 追加)	
	B 型肝炎 (1 2 3)	2 種混合	
	5 種混合 (1 2 3 追加)	3 種混合 (1 2 3 追加)	
	ロタ (1 2 3)	4 種混合 (1 2 3 追加)	
	B C G	麻しん (1 期 2 期 3 期 4 期)	
	麻しん及び風しん (MR 混合) (1 期 2 期 3 期 4 期)	風しん (1 期 2 期 3 期 4 期)	
	水痘 (1 2)	高齢者インフルエンザ	
	日本脳炎 (1 2 追加 2 期)	高齢者肺炎球菌	
	ヒトパピローマウイルス感染症 (1 2 3)	新型コロナウイルス感染症	
	ヒブ (1 2 3 追加)	高齢者带状疱疹	
申請理由	1 疾患等があり主治医の監督が必要など特別の事情がある場合で、 指定・協力医療機関では接種できないため 2 町外に滞在し、指定医療機関に受診することが困難なため 滞 在 期 間： 年 月 日～ 年 月 日 3 その他 ()		
接種希望 医療機関	医療機関名： 医療機関住所： 電 話 番 号：		