

様式 2 (第 5 条関係)

予防接種費用負担軽減助成費交付申請書

年 月 日

大治町長 殿

住 所 大治町大字

申請者氏名

電 話 番 号 ( ) -

大治町予防接種費用負担軽減助成費を申請します。

|                                                                                                           |                                        |                        |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|-------|
| フリガナ                                                                                                      |                                        | 性別                     | 男 ・ 女 |
| 接種対象者<br>氏名                                                                                               |                                        |                        |       |
| 生年月日                                                                                                      | 年 月 日 ( 歳 か月)                          |                        |       |
| 予防接種の<br>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)<br>( 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<br>( 1 2 3 )            | 新型コロナウイルス感染症           |       |
|                                                                                                           | ヒブ ( 1 2 3 追加)                         | 高齢者帯状疱疹                |       |
|                                                                                                           | 請求金額                                   | 金 円                    |       |
| 同 意 書                                                                                                     |                                        |                        |       |
| 私は、助成費の申請にあたり、下記の事項について照会、確認されることに同意します。<br>1 予防接種について、医療機関へ照会すること。<br>2 予防接種日において、大治町に住民基本台帳を有するか確認すること。 |                                        |                        |       |
| 年 月 日 氏名                                                                                                  |                                        |                        |       |
| ※私とは、接種対象者、若しくは保護者（親権を行う者、未成年後見人又はその他の者で現に接種対象者を養育しているものをいう。）をいう。                                         |                                        |                        |       |