

様式1 (第2条関係)

予防接種費用負担軽減助成に関する予防接種依頼申請書

令和 年 月 日

大治町長 殿

住 所 大治町大字
申請者氏名

電 話 番 号 () -

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	ヒブ (1 2 3 追加)	子宮頸がん予防 (1 2 3)
	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
	4種混合 (1 2 3 追加)	3種混合 (1 2 3 追加)
	ロタ (1 2 3)	麻しん (1期 2期 3期 4期)
	BCG	風しん (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)	高齢者インフルエンザ
	水痘 (1 2)	高齢者肺炎球菌
	日本脳炎 (1 2 追加 2期)	
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 理 由： 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 理 由：里帰り その他 () 滞 在 期 間： 年 月 日～ 年 月 日 滞 在 先 住 所： 滞在先世帯主名： 滞 在 先 電 話：() - 3 その他 理 由：	
接種希望 医療機関	医療機関名： 医療機関住所： 医療機関電話番号：	