

北区定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（宛先）北区長

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 接種対象者との続柄 _____
 電話番号 _____
※日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。

下記のとおり北区定期予防接種再接種費用助成事業を利用したいので、東京都北区定期予防接種再接種費用助成事業実施要綱第6条により申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて区が保有する私及び接種対象者の個人情報を閲覧すること及び北区定期予防接種再接種費用助成認定に係る医師意見書を作成した医療機関に問い合わせることに同意します。

記

接種対象者	住所				
	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏名				
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）			
希望する 再接種の種類	Hib（ヒブ）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		10歳未満	
	小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		6歳未満	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
	四種混合(DPT-1PV)	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		15歳未満	
	三種混合(DPT)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加			
	不活化ポリオ(IPV)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加			
	BCG	1回目		4歳未満	
	※過去に 受けている 接種のみ 対象です	麻しん風しん混合(MR)	第1期・第2期・第3期・第4期		
		麻しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
		風しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
	※右端記載の 年齢は接種 可能年齢です	水痘	1回目・2回目		
		日本脳炎	第1期初回（1回目・2回目）・第1期追加・第2期		
二種混合(DT)2期		第2期			
	ヒトパピローウイルス感染症	1回目・2回目・3回目			
接種医療機関	名称				
	所在地				
	電話番号				

添付書類

- 1 北区定期予防接種再接種費用助成認定に係る医師意見書（第2号様式）
- 2 既に接種を受けた定期予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）の写し