千代田区予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年　　月　　日

千代田区長　殿

下記のとおり、予防接種の再接種に係る助成を希望するため、予防接種再接種費用助成対象認定書の交付を申請します。なお、本申請にあたり、必要に応じて区が対象者の住民基本台帳を確認すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

【申請者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 被接種者との続柄 |  |
| 住所 | 〒千代田区 |
| 電話番号 |  |

【対象者（再接種を受ける方）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | □申請者と同じ | 〒千代田区 |
| 再接種を希望する予防接種の種類に☑、回数にマル※過去に定期予防接種として接種したものに限る※右欄は再接種を受ける年齢の上限 | □ 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 |
| □ 五種混合（DPT-IPV-Hｉｂ） | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 | ※15歳未満 |
| □ 四種混合（DPT-IPV） | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 | ※15歳未満 |
| □ 三種混合（DPT） | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 | ※20歳未満 |
| □ 不活化ポリオ（IPV） | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 | ※20歳未満 |
| □ BCG | ※4歳未満 |
| □ B型肝炎 | １回目・２回目・３回目 | ※20歳未満 |
| □ 水痘 | １回目・２回目 | ※20歳未満 |
| □ MR（麻しん風しん混合） | １期・２期 | ※20歳未満 |
| □ 麻しん | １期・２期 | ※20歳未満 |
| □ 風しん | １期・２期 | ※20歳未満 |
| □ 日本脳炎 | １期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期 | ※20歳未満 |
| □ 二種混合（DT）2期 | ※20歳未満 |
| □ HPV（子宮頸がん予防） | １回目・２回目・３回目 | ※20歳未満 |

【接種（予定）医療機関】

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |

【添付書類】

□予防接種再接種に関する主治医の意見書（第２号様式）

□母子健康手帳など接種記録が確認できるものの写し