

年 月 日

小平市長 殿

申請者（保護者） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

小平市予防接種再接種費用助成金交付申請書

小平市予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、小平市予防接種再接種費用助成金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、小平市長が、住民基本台帳等の調査を公簿等により行うこと及びこの申請の内容について医療機関等へ照会することについて同意します。

フリガナ		生年月日		年	月	日
被接種者氏名						
住所・電話番号	〒 _____ 小平市	電話番号 ( )				
ワクチンの種類	再接種回数(○を付けてください。)			再接種費用支払額		
Hib感染症	1回目	2回目	3回目	追加	円	
小児肺炎球菌感染症	1回目	2回目	3回目	追加	円	
B型肝炎	1回目	2回目	3回目		円	
4種混合 (DPT-IPV)	1回目	2回目	3回目	追加	円	
水痘	1回目	2回目			円	
麻しん風しん混合 (MR)	I期	II期			円	
日本脳炎	1回目	2回目	3回目	追加	円	
2種混合 (DT)	II期				円	
ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)	1回目	2回目	3回目		円	
不活化ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加	円	
3種混合	1回目	2回目	3回目	追加	円	
麻しん	I期	II期			円	
風しん	I期	II期			円	
交付申請額	円					
再接種医療機関	名称					
	所在地 電話番号	電話番号 ( )				