

## 青森市小児定期予防接種の再接種費用助成対象認定申請書

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、青森市小児定期予防接種の再接種費用助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、青森市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

フリガナ		性別	男 ・ 女	
被接種者氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 青森市			
再接種を行う予防接種の種類、接種回数に ○印	ヒブ感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	小児用肺炎球菌感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	ロタウイルス 感染症	ロタリックス	1回目・2回目	
		ロタテック	1回目・2回目・3回目	
	5種混合・4種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	3種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	BCG			
	麻しん・風しん混合	1期・2期		
	水痘	1回目・2回目		
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
	2種混合	2期		
	不活化ポリオ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目			
医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			

## 【添付書類】

青森市小児定期予防接種の再接種費用助成に関する医師意見書(様式第2号)母子健康手帳等、定期予防接種の接種歴が確認できる書類の写し