第１号様式（第５条関係）

葛飾区定期の予防接種の再接種費用助成申請書

年　　月　　日

葛飾区長　宛て

申請者　　住　所　葛飾区＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄　（　　）

定期の予防接種の再接種費用の助成を受けたいので、葛飾区定期の予防接種の再接種費用助成要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

被接種者	住　所	葛飾区
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	（　男　・　女　）
	生年月日	年　　月　　日　（満　　歳　　か月）

特別な事情の内容

（１）該当理由

（２）予防接種の予防効果が期待できない事情が生じた日

＿＿＿＿年　　月　　日

（３）予防接種の再接種が可能となった日

＿＿＿＿年　　月　　日

裏面に続く

（４）接種を希望する予防接種種類及び接種期回数（希望するものに〇印）

予防接種種類	接種期回数
５種混合（DPT-IPV-Hib）	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
３種混合（DPT）	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
不活化ポリオ	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
２種混合（DT）	２期
麻しん風しん混合（MR）	１期・２期
日本脳炎	１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期
ヒブ	初回（１回目・２回目・３回目）・追加
小児用肺炎球菌	初回（１回目・２回目・３回目）・追加
水痘（水ぼうそう）	１回目・２回目
Ｂ型肝炎	１回目・２回目・追加
HPV（ヒトパピローマウイルス）	１回目・２回目・３回目

（５）誓約・同意事項　※該当する項目に☑を入れてください。

本申請に当たり、住民基本台帳を確認することについて、同意します。	□はい　□いいえ
申請内容に偽りその他不正な行為により助成を受けたと認められたときは、助成の決定の全部又は一部の取消しを求められること、また、取消しに係る部分に関し既に助成金を交付しているとき又は助成金の支払い後に過誤額が確認されたときは、支払った助成金の全部又は一部を返還することに同意します。	□はい　□いいえ

（医師記入欄）

（１）該当理由

（２）予防接種の予防効果が期待できない事情が生じた日

年　　月　　日

（３）予防接種の再接種が可能となった日

年　　月　　日

以上により、上記の予防接種種類の接種を可能と判断します。

医療機関所在地：

医療機関名：

医師名：

医療機関連絡先：