

富加町長

富加町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

申請者（保護者）住 所
氏 名

印

富加町特別の理由による任意予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、助成金の支給対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、下記の予防接種について町が把握すべき必要な情報（疾病状況等）があるときは、町がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種を行う医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	（満 歳 か月）
連絡先電話番号		—	—
予防接種	種 類		
	接種予定日	年 月 日 から	年 月 日 まで
接種医療機関	所在地		
	名 称		
	電話番号	—	—

(添付書類)

富加町特別の理由による任意予防接種費用助成に関する意見書（別記様式第 2 号）

母子健康手帳（骨髄移植手術以前の予防接種の履歴が確認できるもの。）又は骨髄移植手術以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し

<注意事項>

1. 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。
2. 助成の対象となるのは、被接種者が 20 歳に達するまでに接種するものに限ります。
ただし、次の予防接種は年齢制限があります。
ヒブ(10 歳未満)・小児肺炎球菌(6 歳未満)・4 種混合 (15 歳未満)
3. 助成対象の認定前に接種をした再度の予防接種については、助成対象外となります。
4. 本申請により接種する再度の予防接種は、任意接種となります。