

## 多賀城市予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

多賀城市長

（郵便番号：           —           ）

[住所]  
多賀城市

ふりがな  
申請者 [氏名]

[被接種者との続柄]

[連絡先電話番号]（       ）       —

予防接種費用助成金交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏 名		
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
	住 所	〒 — 多賀城市	
申 請 理 由			
実施医療機関	名 称		
	住 所	〒 —	接種予定日
	連 絡 先	TEL (    ) —	年 月 日
滞在先	住 所	〒 — 方	
	連 絡 先	TEL (    ) —	
	滞在期間	年 月 日から 年 月 日 (予定)	
予防接種の種類 ※接種を希望する 予防接種を○で 囲んでください。	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	
	小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	
	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目	
	四種混合	1回目・2回目・3回目・追加	
	三種混合	1期（1回目・2回目・3回目・追加）・2期（二種混合）	
	不活化ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加	
	麻しん風しん	1期・2期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	1期（1回目・2回目・3回目）・2期	
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
	BCG		
	高齢者インフルエンザ		
高齢者用肺炎球菌			