

多賀城市予防接種費用助成金交付申請書

接種前に、本申請書を提出してください。

令和 ○年 △月 □日

多賀城市長

(郵便番号: ○○○-○○○○)

[住所]
多賀城市 ○○○ ○丁目○○-○

申請者 [氏名] ふりがな たが たろう
多賀 太郎

[被接種者との続柄] 父

[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	たが しろう 多賀 史郎	接種予定日時点の年齢
	生年月日	令和○年 △月 □日	(満 0 歳 2 か月)
	住所	〒○○○-○○○○ 多賀城市 ○○○ ○丁目○○-○	
申請理由		例) 里帰り出産のため ※できる限り具体的に記載してください。	
実施医療機関	名称	県外医療機関名	
	住所	〒○○○-○○○○ ●●県○○○○○○○ (他県)	接種予定日 令和○年 △月 □日
	連絡先	TEL (○○○) ○○○-○○○○	
滞在先	住所	〒○○○-○○○○ ●●県○○○○○○○	予定日を記載してください。 (医療機関に予約した日) 接種予定日は1日しか記載できません。 予定日1日に追記申請書1枚を提出してください。
	連絡先	TEL (○○○) ○○○-○○○○	
	滞在期間	令和○年 △月 □日から 令和○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	接種予定日に接種するものに○をつけてください。
	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			