

多賀城市予防接種費用助成金交付申請書

接種予定日2週間前までに、本申請書を提出してください。

年 月 日

多賀城市長 殿

（郵便番号： 〇〇〇－ 〇〇〇〇 ）

[住所]
多賀城市 〇〇〇 〇丁目〇〇－〇

ふりがな たが あやめ
申請者 [氏名] 多賀 あやめ

[被接種者との続柄] 母

[連絡先電話番号] (090) 0000－ 0000

必要事項を記載ください。

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 まこと 多賀 まこと		接種予定日時点の年齢
	生年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日 (満 0 歳 2 か月)		
	住 所	〒 ー 多賀城市		
申 請 理 由				
実施医療機関	名 称	〒 ー		接種予定日
	住 所	〒 ー		令和〇年 〇 月 〇 日
	連 絡 先	TEL () ー		
滞在先	住 所	〒 ー		
	連 絡 先	TEL ()		
	滞在期間	年 月 日から 年 月 日 (予定)		
				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日しか記載できないため、 予約日毎に申請書を提出してください。
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		
	五種混合	1回目・2回目・3回目・追加		
	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		高齢者新型コロナウイルス	
	高齢者帯状疱疹(生ワクチン・組換えワクチン(1回目・2回目))			

接種予定日に接種するものに○をつけてください。