

## 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 殿

(郵便番号： ー )

[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] ( ) ー

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<br>(予防接種を受ける人)                        | ふりがな<br>氏 名 |                                     |                    |
|                                            | 生年月日        | 年 月 日 (満 歳 か月)                      |                    |
|                                            | 住 所         | 〒 ー<br>多賀城市                         |                    |
| 申 請 理 由                                    |             |                                     |                    |
| 実施医療機関                                     | 名 称         |                                     |                    |
|                                            | 住 所         | 〒 ー                                 | 接種予定日<br><br>年 月 日 |
|                                            | 連 絡 先       | TEL ( ) ー                           |                    |
| 滞在先                                        | 住 所         | 〒 ー<br>方                            |                    |
|                                            | 連 絡 先       | TEL ( ) ー                           |                    |
|                                            | 滞在期間        | 年 月 日から 年 月 日 (予定)                  |                    |
| 予防接種の種類<br>※接種を希望する<br>予防接種を○で<br>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                      |                    |
|                                            | B C G       |                                     |                    |
| 高齢者インフルエンザ                                 |             |                                     |                    |
| 高齢者用肺炎球菌                                   |             |                                     |                    |