

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。

令和 ○年 △月 □日

多賀城市長 殿

(郵便番号: ○○○-○○○○)

[住所]
多賀城市 ○○○ ○丁目○○-○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] (○○○) ○○○-○○○○

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				
実施医療機関	名 称			
	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		
	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				

接種予定日に接種するものに○をつけてください。	
-------------------------	--