

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： ）

[住所]
多賀城市

申請者 ふりがな [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
			年 月 日
	連 絡 先	TEL () -	
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	
	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	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))		