

様式第 1 号（第 5 条関係）

令和 年 月 日

大野町長 様

住 所 大野町大字

氏 名

電話番号

大野町ワクチン再接種費用助成金交付申請書

大野町ワクチン再接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定に基づき、関係書類を添付して申請します。

なお、下記の接種対象者に関して大野町が住民基本台帳を確認することに同意します。また、町が把握すべき必要な情報（疾病の状況等）があるときは、大野町がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び当該予防接種を行う医療機関に提供することに同意します。

記

接種対象者	氏 名				
	生年月日	年	月	日	年齢 歳 か月
	住 所	大野町大字			
接種を希望する 予防接種の種類・回数 (該当するものに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブ (初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加) ・小児用肺炎球菌 (初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加) ・B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目 ・ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ四種混合 (第 1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加) ・ジフテリア・百日せき・破傷風三種混合 (第 1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加) ・不活化ポリオ (第 1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加) ・麻しん風しん (第 1 期・第 2 期) ・水痘 (1 回目・2 回目) ・日本脳炎 (第 1 期初回 1 回目・2 回目・追加・第 2 期) ・ジフテリア及び破傷風 第 2 期 ・子宮頸がん予防 (1 回目・2 回目・3 回目) 				
医療機関	名 称				
	所在地				

添付書類

- (1) 大野町ワクチン再接種費用助成に関する主治医意見書（様式第 2 号）
- (2) 母子健康手帳（定期予防接種履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し
- (3) 上記に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類