

様式第 1（第 5 条関係）

大口町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

大口町長 様

私（申請者（保護者））は、大口町長が、この申請に関し、町の保有する私及び私の世帯に関する住民基本台帳を閲覧することに同意します。また、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、大口町長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意の上、必要書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住所

（保護者） 氏名

印

電話

接種対象者	住所	□申請者に同じ	
	氏名		
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）	
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 （医師記入欄）	年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師署名又は記名押印		
再接種する予防接種の種類 （該当するものに○を付ける。）	ヒブ（Hib）	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	
	B 型肝炎	1 回目、2 回目、3 回目	
	四種混合（DPT-IPV）	1 回目、2 回目、3 回目、追加	
	BCG		
	麻しん風しん混合（MR）	1 期、2 期	
	水痘	1 回目、2 回目	
	日本脳炎	1 回目、2 回目、追加、2 期	
	二種混合（DT）	2 期	
	子宮頸がん予防（HPV）	1 回目、2 回目、3 回目	

<添付書類>母子手帳又は骨髄移植手術を受けたことその他特別の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し