

品川区長 宛

品川区特別の理由による任意予防接種費用助成金交付対象認定申請書

品川区特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。
 なお、任意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、品川区長が、その情報を関係医療機関に問い合わせることおよび接種医療機関に提供することに同意します。

被接種者	住 所	品川区	
	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年	月 日 (満 歳 ヶ月)
保護者	氏 名	被接種者との続柄 ()	
	連絡先電話番号		
既に接種を受けた定期の予防接種の効果が期待できないと判断する理由	(疾病名)	_____	
	(該当理由)	_____	

	(免疫消失となった要因が生じた日)	年	月 日
	(予防接種が実施可能となった日)	年	月 日
再接種する予防接種の種類 (該当のものに○を してください)	ヒブ (Hib)	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	
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	B C G		
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期	
	麻しん	1期・2期・3期・4期	
	風しん	1期・2期・3期・4期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期	
	二種混合 (DT)	2期	
	ヒトパピローマウイルス	1回目・2回目・3回目	
	三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加		
医療機関所在地 医療機関名 医師名 (署名又は記名押印)			



添付書類

- (1) 定期の予防接種を受けた年月日および接種種別が確認できる書類