

(別紙1)

様式第1号 (第5条関係)

### 松山市抗体が失われた小児への予防接種再接種助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 松山市長

申請者(保護者)住所

氏名

助成対象者との続柄 ( )

電話

松山市抗体が失われた小児への予防接種再接種助成金交付要綱第5条第2項の規定により、次のとおり申請します。

また、この申請に関し必要な情報(疾病の状況等)があるときは、松山市長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び以下の接種医療機関に提供することに同意します。

助成対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 <input type="checkbox"/> 松山市
	(フリガナ) 氏 名	( <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳 箇月)
接種を希望する予防接種	<input type="checkbox"/> Hib感染症：初回(1回目, 2回目, 3回目), 追加 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症：初回(1回目, 2回目, 3回目), 追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎：1回目, 2回目, 3回目 <input type="checkbox"/> 五種混合：1期初回(1回目, 2回目, 3回目), 1期追加 <input type="checkbox"/> 四種混合：1期初回(1回目, 2回目, 3回目), 1期追加 <input type="checkbox"/> 三種混合：1期初回(1回目, 2回目, 3回目), 1期追加 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ：1期初回(1回目, 2回目, 3回目), 1期追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん：1期, 2期 <input type="checkbox"/> 水痘：1回目, 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎：1期初回(1回目, 2回目), 1期追加, 2期 <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症：1回目, 2回目, 3回目	
医療機関種	医療機関名	
	所在地	
添付書類	<input type="checkbox"/> 松山市抗体が失われた小児への予防接種再接種に関する医師意見書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の定期予防接種の記録が記載されているページ等の写し	