

記入見本（子ども）

第1号様式（第5条関係）

長久手市定期予防接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

（宛先）長久手市長

申請者 〒 480-0000
（保護者）住所 長久手市〇〇-△ 〇マンション〇号
氏名 長久手 花子
電話番号 090-0000-0000

定期予防接種費に係る助成を受けたいので、長久手市定期予防接種費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、長久手市定期予防接種費助成金交付要綱を遵守します。

ふりがな 被接種者氏名	ながくて たろう 長久手 太郎	申請者との 続柄	子
被接種者生年月日	令和〇年 1月 1日 （ 0歳 ）		
被接種者住所	〒 - 長久手市 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ（省略可）		
予防接種名	▲▲ワクチン1回目、2回目 (申請日から1年以内に接種できる予防接種を申請することができます。)		
滞在先住所	〒000-0000 △△県●●市1丁目1番地 ■■方 電話番号 (000)0000-0000 施設名		
申請理由	県外に里帰りのため		
実施予定医療機関等	医療機関名 〇〇〇クリニック 住所 △△県●●市2丁目2番地 電話番号 000-0000-0000		

A類疾病の場合は、親子（母子）健康手帳の予防接種記録の写しを添付して申請してください。

書類送付先が申請者住所と異なる場合は、以下に記入してください。

氏名 長久手 花子 (続柄： 本人)

住所 滞在先に同じ

電話番号 090-0000-0000

申請の前に、ロタウイルス、HPVワクチン接種を希望する医療機関に以下の点について確認をしてください。
ロタウイルスは、「ロタリックス」と「ロタテック」のどちらのワクチンを取り扱っているか。
HPVワクチンは、「サーバリックス」「ガーダシル」「シルガード9」のうちどちらのワクチンを取り扱っているか。
どちらか分かるように記載をお願いします。