

※母子手帳のコピーが必要です。
(表紙と接種履歴記載ページ)

令和4年 ○月○日

三原市予防接種費補助金交付申請書及び予防接種依頼書作成申請書

三原市長 様

申請者 住 所 **三原市城町1-2-1**

氏 名 **三原 花子**

被接種者との続柄 (**母**)

※申請者本人が手書きした場合は、押印不要です。

電話番号 **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

広島県広域化予防接種受託医療機関以外での定期予防接種を希望しますので、補助金交付申請書及び予防接種依頼書の作成を申請します。

被接種者	フリガナ	ミハラ タロウ		
	氏名	三原 太郎		
	生年月日	令和 4 年 4 月 1 日 (0 歳 3 か月)		
滞在先	住所	〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇丁目 〇〇番地		
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
依頼書送付先	自宅(三原市) ・ 滞在先			
接種を希望する市町村名	〇〇県		〇〇市町村	
接種予定の医療機関	医療機関名	〇〇病院		
	電話番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇		
接種予定の予防接種	※該当するところに○をしてください。	予防接種の種類	回数 (○をしてください)	上限額
		BCG	1回	8,800円
		ヒブ	1回目 ・2回目・3回目・追加	8,100円
		小児用肺炎球菌	1回目 ・2回目・3回目・追加	11,200円
		不活化ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加	8,900円
		4種混合	1期1回目・1期2回目・1期3回目・追加	10,400円
		2種混合	2期	4,700円
		麻しん風しん混合	1期・2期	9,900円
		麻しん	1期・2期	6,200円
		風しん	1期・2期	6,200円
		水痘	1回目・2回目	8,200円
		日本脳炎	1期1回目・1期2回目・1期追加・2期	6,800円
		子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	16,500円
県外で接種する理由	1 母親の里帰り分娩に同行するため			
	2 家族の介護に同行しているため			
	3 かかりつけ医が広域化予防接種受託医療機関でないため			
	4 その他 ()			