

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
氏 名 ㊟
※申請者本人が手書きした場合は、押印不要です。
被接種者との続柄 ()
電話番号

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		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)	
滞 在 先	住 所		
	電 話 番 号		
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	県		市町村
接 種 予 定 の 医 療 機 関	医療機関名		
	電話番号		
接 種 予 定 の 予 防 接 種	予防接種の種類	回数 (○をしてください)	上限額
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	5,700円
	BCG	1回	10,400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	9,200円
	5種混合	1期1回目・1期2回目・1期3回目・追加	19,400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
	ロタリックス	1回目・2回目	14,100円
	ロタテック	1回目・2回目・3回目	9,300円
	子宮頸がん(2・4価)	1回目・2回目・3回目	16,500円
子宮頸がん(9価)	1回目・2回目・3回目	27,700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 ()		