

(別記第1号様式)

年 月 日

荒川区長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

再接種依頼申請書兼助成金交付申請書

予防接種法第2条第4項の規定に基づき実施した定期の予防接種の効果が期待できなくなったため、申請者に係る再接種について医療機関に対して依頼すること及び当該再接種に要する費用の助成を申請する。

被接種者	住所	〒 荒川区 丁目 番 一 号			
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	
予防接種の種類  ※該当するものに○	ヒブワクチン	初回1	初回2	初回3	追加
	小児用肺炎球菌	初回1	初回2	初回3	追加
	四種混合 DPT-IPV	初回1	初回2	初回3	追加
	三種混合 DPT	初回1	初回2	初回3	追加
	不活化ポリオ	初回1	初回2	初回3	追加
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	BCG				
	麻しん風しん MR	I期	II期		
	水痘	1回目	2回目		
	日本脳炎	I期初回1	I期初回2	I期追加	II期
	二種混合 DT				
	HPV	1回目	2回目	3回目	
接種予定 医療機関	名称				
	所在地 電話	TEL ( )			