

横浜市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者確認申請書

年 月 日

(あて先) 横浜市長

申請者(保護者) 住所
氏名

横浜市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、予防接種について必要な情報(疾病の状況等)があるときは、横浜市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

①被接種者氏名 (接種を受ける方の氏名)	フリガナ	
②生年月日	年 月 日 (申請時点: 満 歳 か月)	
③住所	〒 ー	
	横浜市 区	
	連絡先	(電話番号)
④予防接種の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヒ ブ (1 ・ 2 ・ 3) 回目・追加 ・ 小児用肺炎球菌 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・追加 ・ B 型 肝 炎 (1 ・ 2 ・ 3) 回目 ・ 四 種 混 合 1 期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・1 期追加 ・ 不 活 化 ポ リ オ 1 期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・1 期追加 ・ B C G ・ 麻 し ん 風 し ん 1 期 ・ 2 期 ・ 水 痘 初 回 ・ 追 加 ・ 日 本 脳 炎 1 期 (1 ・ 2) 回目 ・ 1 期追加 ・ 2 期 ・ 二 種 混 合 ・ 子 宮 頸 がん 予 防 (1 ・ 2 ・ 3) 回目 	
⑤接種予定日・医療機関	接 種 予 定 日	年 月 日
	医 療 機 関	<医療機関名>
		<医療機関住所>
		<医師名>

【添付書類】

- ・ 横浜市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書(主治医が記載)
- ・ 母子健康手帳等、骨髄移植手術等の特別な理由が生じる以前の定期予防接種履歴が確認できるものの写し
- ・ 乳児医療証の写し、健康保険証の写し、住民票など、氏名、住所、生年月日が確認できるもの