

予防接種再接種費用助成認定申請書及び医師意見書

越前市長 殿

申請者（保護者）

住所

氏名

電話番号

予防接種再接種費用助成要綱第4条の規定に基づき、助成の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（疾病等の情報）があるときは、越前市長が、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。

接種対象者	フリガナ 氏 名	
	住 所	越前市 <small>※申請者と異なる場合のみ記入してください。</small>
	生年月日	年 月 日 （満 歳 か月）

※医療機関記入欄			
接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	疾病の名称：（ ） 治療内容等：		
	再接種の実施が可能になった日： 年 月 日		
再接種が必要な 予防接種	種類		
	接種予定 医療機関	<input type="checkbox"/> 下記の医療機関 <input type="checkbox"/> 下記以外の医療機関 [名 称 所在地 医師名 理 由]	
医療機関	名称		
	所在地		
	医師名	電話 番号	

【添付書類】

- ・母子健康手帳等の定期予防接種の記録が確認できる書類の写し

【特記事項】

- ・本申請書の記入に係る費用は助成対象外となり、申請者負担となります。
- ・助成の対象になる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。
- ・本申請書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ・再接種日において20歳未満の者が対象となります。