様式第１号（第４条関係）

武豊町定期予防接種費用償還払承認申請書

年　　月　　日

武豊町長

申請者　住所

　　　　　氏名

　　　　　電話

武豊町定期予防接種費用の償還払に関する要綱第４条に基づき、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 氏　　名 | □申請者と同じ | 　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 住　　所 | 武豊町　字 |
| 電話番号 |  |
| 申請理由 | □　実施医療機関以外にかかりつけ医がいる□　町外にある病院に入院している□　町外にある施設に入所している□　家族の出産に伴い、町外に滞在している |
| 希望する種類 | Ａ類 | □　２種混合　　□　ポリオ　【□１回目・□２回目・□３回目・□４回目】□　５種混合　【□１回目・□２回目・□３回目・□４回目】□　４種混合　【□１回目・□２回目・□３回目・□４回目】□　麻しん風しん混合（ＭＲ）　【□第１期・□第２期】□　麻しん　【□第１期・□第２期】□　風しん　【□第１期・□第２期】□　日本脳炎　【□１回目・□２回目・□３回目・□４回目】□　結核（ＢＣＧ）　□　Ｈｉｂ　【□１回目・□２回目・□３回目・□４回目】□　小児肺炎球菌　【□１回目・□２回目・□３回目・□４回目】□　子宮頸がん（２価）　【□１回目・□２回目・□３回目・□４回目】□　子宮頸がん（４価）　【□１回目・□２回目・□３回目・□４回目】□　子宮頸がん（９価）　【□１回目・□２回目・□３回目・□４回目】□　水痘　【□１回目・□２回目】□　Ｂ型肝炎　【□１回目・□２回目・□３回目】□　ロタ（ロタリックス）　【□１回目・□２回目】□　ロタ（ロタテック）　【□１回目・□２回目・□３回目】 |
|  | Ｂ類 | □　インフルエンザ　　□　肺炎球菌（高齢者がかかるものに限る）□　新型コロナウイルス感染症 |
| 希望する医療機関名 |  |
| 上記の所在地（市町村名） |  |
| 承認決定通知の送付先 | □　申請者住所□　接種対象者住所□　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

※接種費用が第３条の助成金の額を上回る場合、全額は償還されません