医師氏名

第1号様式	(第5条関係)							
//V <b>→</b> ↓		妾種再接種費用助成 <b>会</b>	金支給	;申請書				
						年	月	日
(宛先) 大田	区長							
	申請者	住所					-	
		氏名	· /				-	
		対象者との続	柄(	)				
		日中の連絡先					-	
できないと判ってきないと判っている。資格要件	断され、任意で受けた 等の情報について必要	多植等の医療行為により、 た予防接種再接種費用の財 要があるときは、区が保有 実が判明したときは、再接	が成を受 対する情	けたいので 報を確認す	で、下 するこ	記のと とに同	おり目	申請しま
		記						
1 対象者								
ふりがな 氏 名				性別		男	• \$	女
生年月日	年	月日	(		歳		か月	)
住 所	大田区							
// // 1								
2 申請額	¥							
3 接種を希	一一一	 類及び接種区分・接種日	/指粉厅	⊐ <i>ለ</i> ለተਜ <b>ተ</b> ነ				
3 抜俚でイル	「 <b>呈する</b> ア的接種の種類 種類	親及い接種区分・接種日 接種区分・接種区分		一个 円/		担	接種日	
□ BCG					グはい			
□ ヒブ		1期初回(1回目・2回目・	3回目)	• 1 期追加				
□ 小児肺炎		1期初回(1回目・2回目・		・1期追加				
□ B型肝			1回目・2回目・3回目					
□ 五種混		7,77,071	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加					
□ 四種混			1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加					
	麻しん・風しん混合)							
□ 水痘	· ik	1回目・2回目 1期初回(1回目・2回目)	1 #11:自:	-n 0 #B	<del></del>			
<ul><li>□ 日本脳:</li><li>□ 二種混</li></ul>		1期初回(1回目・2回目) 2期	• 1 期 但 /	加・2期	<del></del>			
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		△ 別			<del></del>			
		+						
4 接種医療	tota manag							
			<b>半来</b> 是					
医療機関	所在地	電	話番号					
医療機関	所在地 名 称	電		を	とに同	  意しま	す。	
医療機関 接種等の情報	所在地 名 称 について必要があると			在認するこ	とに同	 ]意しす	きす。	
医療機関 接種等の情報に 5 <b>主治医記</b>	所在地 名 称 について必要があると <b>入欄</b>	きは、区が接種医療機関に	に情報を確	在認するこ	とに同	   意しす	<b>とす。</b>	
医療機関 接種等の情報 5 <b>主治医記</b> 疾 病 名	所在地 名 称 について必要があると <b>入欄</b> 1 白血病 2	きは、区が接種医療機関に 悪性リンパ腫 3 そ	情報を確めている。			可意しま	きす。	
医療機関 接種等の情報 <b>5 主治医記</b>	所在地 名 称 について必要があると <b>八欄</b> 1 白血病 2 1 骨髄移植(移植	きは、区が接種医療機関に 悪性リンパ腫 3 そ 近日: 年 月 日	- 情報を確 - の他( )	2 その(	他(		)	)
医療機関 接種等の情報 <b>5 主治医記</b> 疾 病 名 該当理由	所在地 名 称 について必要があると <b>八欄</b> 1 白血病 2 1 骨髄移植(移植 により、既に接種済	きは、区が接種医療機関に 悪性リンパ腫 3 そ	- 情報を確 - の他( )	2 その(	他(		)	)
医療機関 接種等の情報 5 <b>主治医記</b> 疾 病 名	所在地 名 称 について必要があると <b>八欄</b> 1 白血病 2 1 骨髄移植(移植	きは、区が接種医療機関に 悪性リンパ腫 3 そ 近日: 年 月 日	- 情報を確 - の他( ) - が期待で	2 その(	他(		)	)

必ず、医師の署名又は記名・押印をしてください