

確認事項 対象生年月日 : 平成28年4月1日～平成28年9月30日生まれ
 費用助成実施期間 : 平成29年4月1日～平成29年9月30日まで
 接種歴確認 : 1回目 (年 月 日) 2回目 (年 月 日)

B型肝炎予防接種予診票【費用助成】交付・再交付 申請書

(宛先) 津市長

年 月 日

住所 津市

申請者 氏名 (保護者) 印

電話番号

B型肝炎予防接種予診票【費用助成】の交付・再交付を受けたいので申請します。

被接種者	住所	(申請者と同じ場合は、省略)		
	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	平成 28 年 月 日	(1 歳 か月)	
接種希望回数	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
申請理由	1. 健康上の理由 2. その他 ()			
接種希望医療機関名			市内 ・ 市外 (県内)	
同意書				
私は、下記の事項に同意します。 1 被接種者が、助成金の交付要件に該当しているか、津市が住民基本台帳により確認すること。 2 予防接種後に重い副反応による健康被害が生じたときは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の救済給付制度による対応になること。 3 不正な手段等により、助成を受けたときは、助成金に相当する額を返還すること。				
保護者署名				印

【保健センター使用欄】

生年月日確認 接種歴確認
 G-Par確認 整理番号 [] ・ なし

受付日	[平成29年 月 日]	受付者	[]
受付方法	1.窓口 2.電話 3.郵送 4.その他 ()		
交付場所	窓口 ・ 郵送 [] 保健センター		
交付日	窓口 ・ 郵送 [平成29年 月 日]		