様式第１号（第６条関係）

特別の理由による任意予防接種費助成対象認定申請書

年　　　月　　　日

熱海市長　　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
| 氏名 | 印 |
| （被接種者との続柄　　　　　　　） | |
| 電話番号 | |

熱海市特別の理由による任意予防接種費助成金交付要綱第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、熱海市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 | 住所 |  |
| （フリガナ）  氏名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 接種予定医療機関 | 住所 |  |
| 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 予防接種の種類、回数及び接種（予定）日 |  | |

様式第２号（第６条関係）

特別の理由による任意予防接種費助成に関する理由書

　年　　　月　　　日

　　熱海市長　　あて

骨髄移植手術その他の理由により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないため、予防接種の再接種が必要と判断しますので、下記のとおり理由書を提出します。

なお、再度の予防接種の必要性と副反応については、接種対象者に十分に説明をしております。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住所 |  |
| （フリガナ）  氏名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 再接種が必要となった疾病名等 | 疾病名  治療期間  接種可能となった日  該当理由 | |
| 再接種する予防接種の種類及び回数 |  | |
| 医療機関所在地、医療機関名及び医師名（署名又は記名押印） | 上記のとおり証明します。 | |

様式第３号（第９条関係）

特別の理由による任意予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年　　　　月　　日

　　熱海市長　　あて

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　印

（被接種者との続柄　　　　　　　）

電話番号

熱海市特別の理由による予防接種費助成金交付要綱第９条の規定に基づき、次のとおり助成金を申請及び請求いたします。

なお、必要があるときは、熱海市が関係機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住所 |  |
| （フリガナ）  氏名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 実施した予防接種の種類、回数、接種日及び支払った金額 | |  |
| 他の助成制度の利用 | | 無　・　有  （有の場合、助成された金額の合計　　　　　　　円） |
| 助成金申請合計金額 | | 円 |
| 振込先金融機関名 | | 銀行・信用金庫・農協・信用組合（　　　　）  　　　　本店・支店・出張所（　　　　　　）  普通 ・ 当座　　　　口座番号 |
| （フリガナ）  口座名義人 | |  |