

年 月 日

田辺市長 宛て

田辺市定期外インフルエンザ予防接種助成対象認定申請書

申請者

住所 田辺市

氏名

接種者との続柄（ ）

電話

田辺市定期外インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付対象となるための認定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、認定を受けた場合は、予防接種の必要性及び副反応等について、医師より十分な説明を受けた上で接種します。

被接種者	住 所	田辺市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名		電 話	
接種予定医療機関				
接種予定日		年 月 日		

接種を予定している区分1つにチェックし、助成を受けようとする接種回数に○をつけてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	対象年齢	ワクチン接種量	接種回数	助成を受けようとする接種回数
<input type="checkbox"/>	6か月以上3歳未満	0.25ml	2回	1回 ・ 2回
<input type="checkbox"/>	3歳以上6歳未満	0.5ml	2回	1回 ・ 2回
<input type="checkbox"/>	6歳以上13歳未満			
<input type="checkbox"/>	13歳以上60歳未満	0.5ml	1回	

※対象年齢は、接種日における年齢となります。

関係書類

- ・申請者の本人確認書類
- ・医師の診断書又は身体障害者手帳の写しなど、助成対象者であることの認定に必要な資料

注1 申請者欄には、助成対象者（被接種者又はその保護者等）の氏名を記載してください。

注2 この申請により助成対象認定される前に接種した場合は、助成の対象となりません。

注3 この申請により接種する予防接種は、予防接種法に基づく定期の予防接種ではなく、任意の予防接種となります。健康被害が接種を受けたことによるものと認められた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が実施する医薬品副作用被害救済制度があります。