

新型コロナウイルス感染症の発生に伴う予防接種特別救済理由書

申請日 年 月 日

新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、令和2年3月19日から令和3年3月31日までの間に外出自粛要請等により、自費にて接種を受けましたので「鎌ヶ谷市予防接種費用助成金」を申請するにあたり、理由書を提出します。

鎌ヶ谷市長

申請者	住所			
	氏名	フリガナ	接種を受ける方との続柄	
	電話番号	*日中連絡のつく番号をご記入ください。		
予防接種を受けた方	フリガナ	性別	生年月日	
	氏名		年 月 日	
保護者氏名	*申請者と異なる場合に記入			
住所	*申請者と異なる場合に記入			
電話番号	*申請者と異なる場合に記入			
予防接種の種類 (接種するワクチンにレ点を、回数に○を付けてください。)	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加		
	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目 ・ 2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目 ・ 2回目) ・ 1期追加 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> 二種混合			
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期 ・ 2期		
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			

郵送先 〒273-0195 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1 鎌ヶ谷市役所 健康増進課 予防係

連絡先 直通電話:047-445-1390 FAX:047-445-8261

[鎌ヶ谷市処理欄] コード()