

## 函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成 対象認定申請書

年 月 日

函館市長 様

住 所 函館市  
申請者 氏 名  
電話番号

再接種費用助成の対象認定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、函館市が関係医療機関に情報を問い合わせることおよび実施医療機関に提供することに同意します。

被接種者	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	
再接種を必要とする 予防接種	種類および 回数	※複数回接種を行う場合は回数も記載	
	接種予定時期	※上記の中で最初に接種予定の予防接種の時期	
接種医療機関	名 称		
	所 在 地	電話番号	

【添付書類】

- 1  函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成に係る医師意見書（別記第2号様式）
- 2  母子健康手帳等，定期予防接種の接種歴が確認できる書類の写し

このほか，必要に応じ，追加の書類の提出を求めることがあります。

函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成  
対象認定申請書

令和5年 5月10日

函館市長 様

住所 函館市五稜郭町23番1号  
申請者 氏名 函館 太郎  
電話番号 0138-00-0000

再接種費用助成の対象認定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、函館市が関係医療機関に情報を問い合わせることおよび実施医療機関に提供することに同意します。

被接種者	フリガナ	ハコダテ ハナヨ	
	氏名	函館 花代	
	生年月日	平成30年 5月 1日生	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と 同じ	
再接種を必要とする 予防接種	種類および 回数	四種混合ワクチン 3回 ヒブワクチン 3回 小児用肺炎球菌ワクチン 3回  ※複数回接種を行う場合は回数も記載	
	接種予定時期	令和5年7月  ※上記の中で最初に接種予定の予防接種の時期	
接種医療機関	名称	函館東雲病院	
	所在地	函館市東雲町4番13号  電話番号 0138-00-0000	

## 【添付書類】

- 函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成に係る医師意見書（別記第2号様式）
- 母子健康手帳等、定期予防接種の接種歴が確認できる書類の写し

このほか、必要に応じ、追加の書類の提出を求めることがあります。