

令和 年 月 日

丸森町長 殿

住 所
申請者 氏 名
被接種者との関係 本人・保護者・（ ）

丸森町が実施する予防接種に係る接種費用の償還払いについて、下記のとおり申請します。
なお、本申請の内容について、町が保有する個人情報閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

被 接 種 者	フリガナ				生年月日				
	氏名	男・女			年 月 日生 (歳 ヶ月)				
	住所	☐ 申請者と同じ 〒 電話 (- -)							
予防接種の種類		回数	接種日	接種に要した費用()は限度額	予防接種の種類	回数	接種日	接種に要した費用()は限度額	
ロ タ ウ イ ル ス	ソックス	1回目			H i b (ヒブ) 感染症	1回目			
		2回目				2回目			
	ロタテック	1回目				3回目			
		2回目				追加			
		3回目							
五 種 混 合 (DPT-IPV-Hib)		1回目			小児肺炎球菌感染症	1回目			
		2回目				2回目			
		3回目				3回目			
		追加				追加			
四 種 混 合 (DPT-IPV)		1回目			麻しん・風しん (MR)	第1期			
		2回目				第2期			
		3回目				日本脳炎	1回目		
		追加					2回目		
三種混合(DPT)		1回目			水痘	追加			
		2回目				2期			
		3回目				1回目			
		追加				2回目			
二種混合		第2期			B型肝炎	1回目			
						2回目			
ヒ ト パ ピ ロ ー マ ウ イ ル ス 感 染 症	ス・サーバリック ガーダシル	1回目			B C G	3回目			
		2回目				1回目			
		3回目				1回			
	シルガード	1回目			高齢者インフルエンザ	1回			
					高齢者肺炎球菌	1回			
					高齢者新型コロナ	1回			
					帯状疱疹	回			

