

様式第1（第4条関係）

岩倉市医療行為により免疫を失った場合の
定期予防接種再接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

岩倉市長

殿

申請者 住所
氏名
電話番号

予防接種の再接種に要する費用の助成を受けたいので、岩倉市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、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、市担当者が該当用件を関係医療機関に問い合わせること及び当該情報を予防接種実施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	申請者と の続柄
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）
	住 所	
理由書 (医師記入欄)	接種済みの定期 予防接種の予防 効果が期待でき ないと判断する 理由	(医師署名又は記名押印) (医療機関所在地) (医療機関名) ※なお、予防接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人も了承しています。
	今回接種する 予防接種の種類	
接種医療機関名 (医療機関所在地及 び医師名)	※上記医療機関と異なる場合にのみ記入	
備 考		

添付書類 母子健康手帳の予防接種記録の頁の写し又は医療行為により免疫を失う以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し

様式第2（第5条関係）

岩倉市医療行為により免疫を失った場合の
定期予防接種再接種費助成対象者認定決定通知書

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

年 月 日付けで申請のありました医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成対象者認定については、次のとおり認定することを決定したので通知します。

被接種者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）
	住 所	
予防接種名		
実施医療機関	名称	
	住所	
有効期限	年 月 日までに接種を受けてください。 期限後の接種は、助成の対象外となります。	

- 備考 1 予防接種再接種に係る費用の助成を受けるためには、接種後に同封の「岩倉市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成金交付申請書兼請求書（様式第4）」の提出が必要となりますので、予防接種実施日から6月以内に領収書（予防接種再接種に要した費用等が確認できるもの）及び母子健康手帳の写し又は接種済証（再接種を実施したことが分かるもの）を添えて、岩倉市に提出してください。
- 2 助成額は、予防接種再接種を受けたときに支払った費用となります。ただし、市と一般社団法人岩倉市医師会が締結する個別予防接種の委託契約に定める額を上限とします。

様式第3（第5条関係）

岩倉市医療行為により免疫を失った場合の
定期予防接種再接種費助成対象者認定却下決定通知書

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

年 月 日付けで申請のありました医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成対象者認定については、次のとおり却下となりましたので、岩倉市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成事業実施要綱第5条第2項の規定により通知します。

（却下の理由）

様式第4（第8条関係）

岩倉市医療行為により免疫を失った場合の
定期予防接種再接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

定期予防接種再接種費助成対象者として認定を受け、予防接種実施機関において予防接種再接種を受けましたので、下記のとおり岩倉市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成金の交付を申請します。

記

申請額	金	円	交付決定額	金	円
※太枠の交付決定額は市で記入しますので、記入しないでください。 ※申請額は、接種に要した費用又は 円のどちらか低い方の金額です。					
(振込先) 金融機関	銀行 信用金庫 支店 農協				
口座種別	普通 当座				
口座番号					
(フリガナ)					
口座名義人					

(注) 口座名義人は、申請者としてください。

- 添付書類 1 領収書（接種に要した費用が分かるもの）
2 母子健康手帳の写し又は接種済証（予防接種再接種を受けたことが分かるもの）

様式第5（第9条関係）

岩倉市医療行為により免疫を失った場合の
定期予防接種再接種費助成金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

年 月 日付で申請のありました医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成金の交付申請について、下記のとおり決定しましたので、岩倉市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成事業実施要綱第9条第1項の規定により通知します。

記

助成金額 金 円

様式第6（第9条関係）

岩倉市医療行為により免疫を失った場合の
定期予防接種再接種費助成金交付却下通知書

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

年 月 日付で申請のありました医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成金の交付申請について、下記のとおり却下しますので、岩倉市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成事業実施要綱第9条第2項の規定により通知します。

記

（却下の理由）