

B型肝炎ワクチン接種費用助成申請書

※太枠内をご記入ください。

静岡県知事 様

B型肝炎ワクチン接種費用助成を申請します。

平成 年 月 日

申請者（保護者）

郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩（男・女） ※自署の場合、押印は不要です。

電話番号 _____

生年月日 昭和 平成 年 月 日生（ 歳）

助成対象者（接種する小児）

氏 名	
住 所	
生年月日	平成 年 月 日生（ 歳）
接 種 歴	1 無 2 1回 3 2回 4 3回

同居のB型肝炎ウイルス陽性者

氏 名		助成対象者との続柄	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日生	（ 歳）
陽性と判明した検査	実施時期 平成・昭和	年 月	
	検査元 1 県の検査	2 市町の検査	3 医療機関の検査
現在の状況	1 治療中 治療医療機関名 [_____] 県医療費助成利用の有無 有 ・ 無 2 定期検査中 検査医療機関名 [_____] 3 上記以外		

予防接種を受ける予定の医療機関を記入
してください。

医療機関名	
住 所	

保健所記入欄	
受付番号	受付印