

様式第1号（第5条関係）

あわら市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成対象者認定申請書

あわら市長 様

年 月 日

申請者 住所 あわら市

氏名

電話番号

あわら市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成事業実施要綱に基づく助成対象者の認定を受けたいので、第5条第1項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

1. 被接種者

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	□上記申請者住所と同じ		

2. 予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

予 防 接 種 の 種 類	<p>希望する予防接種を○で囲んでください。</p> <p>B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目</p> <p>ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>小児用肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>四種混合（DPT-IPV） : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</p> <p>三種混合（DPT） : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</p> <p>不活化ポリオ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</p> <p>二種混合（DT） : 2期</p> <p>BCG : 1回</p> <p>麻しん風しん : 1期・2期</p> <p>水痘 : 1回目・2回目</p> <p>日本脳炎 : 初回接種（1回目・2回目）・1期追加・2期</p> <p>子宮頸がん（ 価） : 1回目・2回目・3回目</p> <p>ロタウイルス （ロタリックス） : 1回目・2回目 （ロタテック） : 1回目・2回目・3回目</p>	
接種予定医療機関	医療機関名	
	医療機関住所	
	医師名	

3. 添付書類

- (1) あわら市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成に関する理由書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳（過去に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの）