

骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成認定申請書

年 月 日

高島市長

申請者

住 所

氏 名

被接種者との続柄 ( )

電話番号

高島市骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |   |     |      |          |
|--|---|-----|------|----------|
| 被接種者                                     | 住所                                      |     |      |          |
|  | 氏 名                                     |     | 生年月日 |          |
|  | 保護者氏名                                   |     | 電話番号 |          |
| 再接種を行う予防接種の種類                            | ※該当する定期予防接種にチェック☑、回数に○をつけてください。         |     |      |          |
|  | <input type="checkbox"/> B型肝炎           | 1回目 | 2回目  | 3回目      |
|  | <input type="checkbox"/> ヒブ感染症          | 1回目 | 2回目  | 3回目 1期追加 |
|  | <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌感染症     | 1回目 | 2回目  | 3回目 1期追加 |
|  | <input type="checkbox"/> 四種混合           | 1回目 | 2回目  | 3回目 1期追加 |
|  | <input type="checkbox"/> 二種混合(DT)       | 1回目 |      |          |
|  | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)   | 1期  | 2期   |          |
|  | <input type="checkbox"/> 水痘             | 1回目 | 2回目  |          |
|  | <input type="checkbox"/> 日本脳炎           | 1回目 | 2回目  | 1期追加 2期  |
|  | <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 | 1回目 | 2回目  | 3回目      |
| <input type="checkbox"/> その他<br>ワクチン名( ) | 1回目                                     | 2回目 | 3回目  |          |
| 接種予定医療機関                                 |   |     |      |          |
| 接種予定日                                    | 年 月 日 ~ 年 月 日                           |     |      |          |

※添付書類

- ・高島市骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成認定に係る意見書(様式第2号)
- ・定期予防接種の履歴が確認できるもの(母子健康手帳など)