

様式第1号（第5条関係）

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

大野市長 様

年 月 日

大野市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象の認定を受けたいので、次のとおり申請します。
この申請内容を審査するために、市が被接種者の住民登録情報を確認することに同意します。

申請者	ふりがな		連絡先		
	氏名				
	住所			被接種者との続柄	
被接種者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名		性別		
	住所				
再接種を受ける医療機関名					
予防接種の種類等 (該当するものに○を付けてください。)	B型肝炎 (1・2・3) 回目 ヒブ (1・2・3) 回目・追加 小児用肺炎球菌 (1・2・3) 回目・追加 五種混合 1期 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 三種混合 1期 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 不活化ポリオ 1期 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 BCG 1回 麻しん・風しん 1期 ・ 2期 水痘 初回・追加 日本脳炎 1期 (1・2) 回目・1期追加・2期 二種混合 2期 子宮頸がん予防 (1・2・3) 回目				

<添付書類>

- ・骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定に係る意見書（様式第2号）
- ・母子健康手帳など骨髄移植等前の定期予防接種の接種歴が確認できるものの写し

<注意事項>

- (1) 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。
- (2) 助成対象の認定前に受けた再接種については、助成の対象外となります。
- (3) 本申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。