

鞍手町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助認定申請書

年 月 日

鞍手町長 様

申請者 住所：鞍手町.....

氏名：.....

電話：.....（.....）.....

鞍手町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助金交付要綱に基づく補助対象者の認定を受けたいので、同要綱第5条第1項の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1. 被接種者

フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日生 ( 才 カ月)
住所	□上記申請者と同じ（違う場合、下記に記入）	

2. 予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

	*再接種予定の予防接種を○で囲んでください。	
予 防 接 種 の 種 類	四種混合	I 期初回（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ）・ I 期追加
	ヒブ	初回接種（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ）・ 追加
	小児用肺炎球菌	初回接種（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ）・ 追加
	ロタウイルス	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目
	BCG	1 回
	B型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目
	水痘	1 回目 ・ 2 回目
	MR（麻しん風しん）	I 期 ・ II 期
	日本脳炎	I 期初回（ 1 回目 ・ 2 回目 ）・ I 期追加 ・ II 期
	二種混合	2 期
	不活化ポリオ	初回接種（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ）・ 追加
子宮頸がん（HPV）	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
その他（ ）		
接種予定医療機関		

3. 添付書類

- (1) 鞍手町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助認定に係る意見書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳など造血細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できるもの
- (3) 被接種者の健康保険証など本人が確認できる書類