

様式第 1 号（第 5 条関係）

香美町造血細胞移植等後の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

申請日 年 月 日

香美町長 様

香美町造血細胞移植等後の予防接種再接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、助成金の交付対象となるための認定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 氏名 (保護者等)	被接種者との続柄 ()		
被接種者	フリガナ		
	氏名 (男 ・ 女)		
	年 月 日生 (満 歳 か月)		
被接種者 住所	〒 (日中連絡のつく電話番号を記載してください) TEL		
接種を 受ける 医療機関	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
再 接 種 を 行 う 予 防 接 種	ワクチン種類	該当するものに○印をつけてください	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	すべて
	ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	すべて
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	すべて
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	すべて
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	すべて
	不活化ポリオ (IPV)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	すべて
	二種混合 (DT)	2期	すべて
	麻しん風しん (MR)	1期・2期	すべて
	水痘	1回目・2回目	すべて
	日本脳炎	初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期	すべて
	子宮頸がん (価)	1回目・2回目・3回目	すべて
	添付書類	☐ 造血細胞移植等後の予防接種再接種費用助成対象認定に係る医師意見書 (様式第 2 号) ☐ 予防接種記録が確認できる書類の写し (母子健康手帳など)	