

美咲町造血幹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

年 月 日

美咲町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()
被接種者との続柄

美咲町造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成金交付事業実施要綱第5条の規定に基づく助成対象者の認定を受けたいので、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

(ふりがな)		生年月日	年 月 日	性別	男・女
氏 名					
住 所					

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	※希望する予防接種を○で囲んでください。	
	ロタウイルス感染症	1回目・2回目・3回目
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	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
	四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	二種混合	2期
	BCG	1回
	MR	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
接種予定医療機関	医療機関名： 所在地：	

3 添付書類

- (1) 美咲町造血幹細胞移植等後の予防接種費用助成対象者認定に係る意見書
- (2) 母子健康手帳等の造血幹細胞移植等を受ける前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し