

様式第1号（第5条関係）

福智町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

（宛先）福智町長

年 月 日

申請者 住所

氏名

電話番号

福智町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再費用助成事業実施要綱に基づく助成を受けたいので、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

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		

2 予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

再接種が必 要なワクチ ンの種類	※希望する予防接種を○で囲んでください。	
	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	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・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		

3 添付書類

- (1) 健康保険証（被接種者）など本人が確認できる公的な書類
- (2) 福智町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書（様式第2号）
- (3) 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