

様式第1号

骨髄移植等の医療行為に係る予防接種再接種費用補助金交付申請書

(1) 被接種者

フリガナ

氏名

住所

〒

つくば市

電話番号

(日中つながる番号)

生年月日

年

月

日

(

歳

か月)

(2) 予防接種の種類

希望する予防接種に○をつけ、医師に指示された回数を記入してください。

予防接種の種類	接種回数	接種年齢上限	備考
ロタ(1価・5価)	回	出生24週0日後 又は32週0日後	※定期接種で接種した回数を上限とする。 ※意見書発行日から1年以内に接種できる予防接種及び回数を記入する。 ※予防接種法施行規則(昭和23年厚生省令第36号)第2条の7の表に掲げる特定疾病に係る予防接種にあつては、それぞれの同条の規定による年齢に達するまでとする。
ヒブ	回	10歳未満	
小児用肺炎球菌	回	6歳未満	
B型肝炎	回		
四種混合	回	15歳未満	
三種混合	回		
不活化ポリオ	回		
BCG	回	4歳未満	
麻しん風しん(MR)	回		
水痘	回		
日本脳炎	回		
二種混合2期	回		
子宮頸がん(2価・4価)	回		

(3) 接種予定日: 年 月 日頃

(4) 接種医療機関名

上記のとおり、骨髄移植等の医療行為により免疫を消失した者に対する予防接種再接種費用の償還払による助成要項に基づき、助成金の交付を申請します。

年 月 日

申請者住所

つくば市長 宛て

申請者氏名

被接種者との続柄 ()

添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の出生届出済証明欄、予防接種の記録及びその他の予防接種の記録の写しを添付すること。(母子健康手帳がない場合は、予防接種の接種歴の分かる書類を添付すること。)
	<input type="checkbox"/> 医師からの意見書(所定様式あり)
■窓口受付処理欄 ■ 健康増進課・桜・谷田部・大穂 (受付者:)	
宛名番号	