

骨髓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(ロタリックス・ロタテック)	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。 ※意見書発行日から申請年度の3月15日まで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9の表に掲げる特定疾病に係る予防接種については、それぞれの同条の規定による年齢に達するまでとする。
小児用肺炎球菌	回	6歳未満	
B型肝炎	回		
五種混合	回	15歳未満	
ヒブ	回	10歳未満	
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		
麻しん	回		
風しん	回		
水痘	回		
日本脳炎	回		
二種混合	回		
ヒトパピローマウイルス(2価・4価・9価)	回		

(3) 接種開始予定日

年 月 日頃 □未定

(4) 接種医療機関名

上記のとおり、助成金の交付を申請します。

年 月 日

つくば市長 宛て 〒 -

申請者住所

申請者氏名

被接種者との続柄 ()

添付書類

- 母子健康手帳の出生届出済証明欄、全ての予防接種の記録のページの写し
※母子健康手帳がない場合は、接種記録が分かるもの。
- 骨髓移植等の医療行為に係る予防接種再接種に関する意見書(医師が記入したもの)
※意見書の有効期限は発行日から2年間。
申請した予防接種を交付決定通知書の交付日の属する年度の3月15日までに接種できず、翌年度の4月1日以降に再度申請する場合、有効期限内であれば、意見書の添付省略可。
(なお、意見書に記入されていない予防接種を接種する場合は、新しい意見書が必要です。)

■事務処理欄■ 庁・桜・谷・大・郵 (受付者: 宛名番号())