

年 月 日

豊見城市骨髄移植等後のワクチン再接種に係る費用助成対象認定申請書

豊見城市長 殿

(助成対象者)

住 所

氏 名

(接種対象者との続柄)

電話番号

次のとおり、豊見城市骨髄移植等後のワクチン再接種に係る費用助成対象の認定を申請します。

接種 対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	☐ 助成対象者と同じ ☐ (豊見城市)		
接種を希望する予防接種の種類及び回数	種類の□ にエッ チを入 れに○ 回を付 けて ください	☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
		☐ ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
		☐ 小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
		☐ 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		☐ 四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		☐ 三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		☐ 不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		☐ B C G		
		☐ 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期	
		☐ 麻しん	1期・2期	
		☐ 風しん	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	
		☐ 二種混合 (DT)	2期	
		☐ 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
医接 療種 機希 関望	名 称			
	所 在 地			

(添付書類)

- 1 豊見城市骨髄移植等後のワクチン再接種に係る費用助成に関する理由書 (様式第2号)
- 2 親子健康手帳 (再接種が必要となる理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。)又は当該履歴が確認できるものの写し