

様式第1号（第6条関係）

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

印

(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	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ <input type="checkbox"/> (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□ にチエッ クを数に○ 回を付けて ください	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
		<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
		<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
		<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		<input type="checkbox"/> B C G		
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期	
		<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期	
		<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期	
		<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
		<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期	
		<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	2期	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目			
医療種 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