様式第１号（第５条関係）

宮若市長　　様

　　　年　　月　　日

（申請者）住所

氏名

電話番号（　　　　）　　　　　－

宮若市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助認定申請書

　宮若市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助金交付要綱に基づく補助対象者の認定を受けたいので、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 | □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

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の種類 | ※再接種予定の予防接種を〇で囲んでください。 |
| 四種混合三種混合二種混合不活化ポリオＭＲ（麻しん風しん）日本脳炎ＢＣＧヒブ小児用肺炎球菌子宮頸がん水痘Ｂ型肝炎 | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加２期初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加１期・２期１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期１回初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加１回目・２回目・３回目１回目・２回目１回目・２回目・３回目 |
| 接種予定医療機関 |  |

３．添付書類

　(１) 宮若市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助認定に係る意見書（様式第２号）

(２) 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

(３) 被接種者の健康保険証など本人が確認できる書類