

別記様式第1号（第6条関係）

近江八幡市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成認定申請書

年 月 日

近江八幡市長 宛

造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成について、近江八幡市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	氏名	(自署)	再接種者との続柄
	現住所	〒	
	電話番号		

被接種者	氏名		生年月日	年 月 日		
	保護者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
再接種を行う予防接種	該当する定期予防接種に○をしてください。					
	<input type="checkbox"/> B型肝炎		1回目	2回目	3回目	
	<input type="checkbox"/> 結核（BCG） ※4歳未満					
	<input type="checkbox"/> H i b感染症 ※10歳未満		1回目	2回目	3回目	1期追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌感染症 ※6歳未満		1回目	2回目	3回目	1期追加
	<input type="checkbox"/> 四種混合 ※15歳未満		1回目	2回目	3回目	1期追加
	<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）					
	※年齢上限あり	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）		1期	2期	
		<input type="checkbox"/> 水痘		1回目	2回目	
		<input type="checkbox"/> 日本脳炎		1回目	2回目	1期追加
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症			1回目	2回目	3回目	
	<input type="checkbox"/> その他ワクチン（ ）		1回目	2回目	3回目	
接種予定医療機関						

添付書類

- 1 近江八幡市造血幹細胞移植後の予防接種再接種に係る意見書（別記様式第2号）
- 2 造血幹細胞移植の前に受けた定期予防接種の接種歴等が確認できる書類の写し