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	☐ 申請者と同じ					
	住所	☐ 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。						
	☐ B型肝炎		1回目	2回目	3回目		
	☐ 結核（BCG）	※4歳未満					
	☐ H i b感染症	※10歳未満	1回目	2回目	3回目	1期追加	
	☐ 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	
	☐ 五種混合	※15歳未満	1回目	2回目	3回目	1期追加	
	☐ 二種混合（DT）						
	※年齢上限あり	☐ 麻しん風しん混合（MR）		1期	2期		
		☐ 水痘		1回目	2回目		
		☐ 日本脳炎		1回目	2回目	1期追加	2期
		☐ ヒトパピローマウイルス感染症		1回目	2回目	3回目	
☐ 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