　様式第１号（第５条関係）

豊郷町造血幹細胞移植後等の予防接種再接種費用助成認定申請書

年　　　月　　　日

豊郷町長　宛て

申請者

住所

氏名

本人との続柄

電話番号

豊郷町造血幹細胞移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第５条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 滋賀県犬上郡豊郷町大字 | | | |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　日生 |
| 保護者氏名  ※被接種者が成人の場合は不要 |  | | 電話番号 |  |
| 再接種を  行う予防  接種  ※いずれかに〇をつけてください。 | ※該当する定期予防接種に〇をしてください。 | | | | |
| □Ｂ型肝炎 | | 1回目　　2回目　　3回目 | | |
| □Ｈib感染症 | | 【　1回目　　2回目　　3回目　】　　１期追加 | | |
| □小児の肺炎球菌感染症 | | 【　1回目　　2回目　　3回目　】　　１期追加 | | |
| □五種混合 | | 【　1回目　　2回目　　3回目　】　　１期追加 | | |
| □四種混合 | | 【　1回目　　2回目　　3回目　】　　１期追加 | | |
| □二種混合 | | 2期 | | |
| □麻しん風しん混合 | | 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 | | |
| □その他のワクチン  （　　　　　　　　　　　　） | | 1回目　　　2回目　　　3回目 | | |
| □その他のワクチン  （　　　　　　　　　　　　） | | 1回目　　　2回目　　　3回目 | | |
| 接種予定  医療機関 | （病院　・　医院　・　診療所　・　施設） | | | | |
| 接種予定日 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |

※添付書類

・豊郷町造血幹細胞移植後等の予防接種再接種費用助成認定に係る意見書（様式第２号）

・定期予防接種の履歴が確認できるものの写し（母子健康手帳等）