

様式第1号（第5条関係）

嘉麻市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定申請書

（あて先）嘉麻市長 様

年 月 日

（申請者）住所

氏名

印

電話番号（ ） ー

嘉麻市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施規程に基づく助成対象者の認定を受けたいので、同規程第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	<input type="checkbox"/> 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○で囲んでください。	
	四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	二種混合	2期
	不活化ポリオ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	MR（麻しん風しん）	1期・2期
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	BCG	1回
	ヒブ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	小児用肺炎球菌	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
	水痘	1回目・2回目
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
接種予定医療機関		

3. 添付書類

- （1）嘉麻市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定に係る意見書（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