

様式第 1 号 (第 5 条関係)

水巻町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

水巻町長 様

水巻町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要綱に基づく助成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。なお、当該予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときには、水巻町がその情報を関係医療機関に問い合わせる事及び関係医療機関に提供することに同意します。

		申請日	年	月	日
申請者	ふりがな氏名		接種者との続柄		
	住所連絡先	電話			
予防接種を受ける人	ふりがな氏名		性別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)			
	住所連絡先	上記申請者と同じ場合は記入不要 水巻町 電話			
予防接種の種類	希望する予防接種を○で囲んでください。 五 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 M R : 1 期・2 期 日 本 脳 炎 : 1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期 B C G : 1 回 ヒトパピローマウイルス (HPV) : 1 回目・2 回目・3 回目 ヒ ブ : 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 小 児 肺 炎 球 菌 : 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 不 活 化 ポ リ オ : 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 水 痘 : 1 回目・2 回目 B 型 肝 炎 : 初回接種 (1 回目・2 回目)・追加 ロ タ : 1 回目・2 回目・3 回目 (上記以外定期予防接種)				
治療を受けた医療機関名					

※添付書類 町確認

- 水巻町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象者認定に係る意見書 (様式第 2 号)
- 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書類の写し