

別記

様式第1号（第5条関係）

草津市造血幹細胞移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

草津市長

申請者

住 所

氏 名

被接種者との続柄 ( )

電話番号

草津市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  | 滋賀県草津市 |      |          |
|   | 氏名  |        | 生年月日 | 年 月 日生   |
|   | 保護者氏名                                       |        | 電話番号 |          |
| 再接種を行う<br>予防接種の<br>種類<br>※いずれかに○<br>をつけてくださ<br>い。 | ※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"/> B C G              |        |      |          |
|   | <input type="checkbox"/> ヒ ブ 感 染 症          | 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         | 1回目    | 2回目  | 3回目 1期追加 |
|   | <input type="checkbox"/> 五 種 混 合            | 1回目    | 2回目  | 3回目 1期追加 |
|   | <input type="checkbox"/> 四 種 混 合            | 1回目    | 2回目  | 3回目 1期追加 |
|   | <input type="checkbox"/> 二 種 混 合 ( D T )    |        |      |          |
|   | <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 2期  |
|   | <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<br>ワクチン名 ( ) | 1回目    | 2回目  | 3回目      |
| <input type="checkbox"/> そ の 他<br>ワクチン名 ( )       | 1回目   | 2回目    | 3回目  |          |
| 接種予定<br>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

- ・草津市造血幹細胞移植後等の医療行為により定期予防接種抗体を失った者の再接種に係る意見書（別記様式第2号）
- ・定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳など）