

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

骨髓移植後等予防接種再接種費用助成対象認定申請書

(宛先)飯塚市長

(申請者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(被接種者との続柄 _____)

電話番号(_____) _____

飯塚市骨髓移植後等予防接種再接種費用助成事業実施要綱に基づく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、この申請の審査のため、私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

1 被接種者

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	□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	※希望する予防接種を○で囲んでください。	
	B型肝炎	: 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
	小児用肺炎球菌	: 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加
	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
	不活化ポリオ	: 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加
	二種混合	: 2期
	MR	: 1期・2期
	水痘	: 1回目・2回目
日本脳炎	: 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	
子宮頸がん	: 1回目・2回目・3回目	
接種予定医療機関		

3 添付書類

- (1) 健康保険証(被接種者)など本人が確認できる公的な書類
- (2) 骨髓移植後等予防接種再接種費用助成対象者認定に係る意見書(様式第2号)
- (3) 母子健康手帳の写しなど骨髓移植等を実施する前の定期予防接種ワクチンの接種歴が確認できる書類
- (4) 申請者が保護者であり、かつ被接種者と世帯が異なる場合は、被接種者との続柄を確認できる書類