

年 月 日

彦根市長 様

申請者  
住所  
氏名  
電話番号  
(対象者との続柄： )

彦根市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種費用助成対象者認定申請書

彦根市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、助成対象者の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

被接種者	氏名		
	住所	彦根市	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
予防接種の種類	※該当する予防接種に○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"/> Hib感染症	1回目	2回目 3回目 追加接種
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	1回目	2回目 3回目 追加接種
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1回目	2回目 3回目 追加接種
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1回目	2回目 3回目 追加接種
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR)	1期	2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目	2回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回( 1回目 2回目 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"/> 不活化ポリオ(単独)	1回目	2回目 3回目 追加接種
<input type="checkbox"/> その他			
接種予定医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		
接種予定日	年 月 日 ~ 年 月 日		

※添付書類

- 彦根市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種に係る医師意見書(別記様式第2号)
- 母子健康手帳その他助成対象者が造血幹細胞移植その他の医療行為を受けるまでに受けた定期予防接種の記録が記載されているものの写し