様式第１号（第５条関係）

坂井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象者認定申請書

坂井市長　　様

年　　月　　日

申請者　住所　坂井市
氏名
電話番号（　　）　　－

坂井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱に基づく補助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。

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〇で囲んでください。 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 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 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 ＢＣＧ　：１回 ＭＲ　：１期・２期 麻しん　：１期・２期 風しん　：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	〈医療機関名〉 〈医療機関住所〉 〈医師名〉

３　添付書類

(1) 坂井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成に関する理由書

(2) 母子健康手帳等（過去に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの）