

様式第1号（第5条関係）

豊後高田市造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者 住所  
 (保護者) 氏名  
 電話番号 ( )

造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成について、豊後高田市造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、市がその情報を関係医療機関に問い合わせること、又は予防接種を実施する医療機関に情報提供することに同意します。

接種対象者	住 所	豊後高田市		
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
保護者氏名				
医療行為を受けた医療機関名				
再接種を希望する予防接種の種類	予防接種名	接種回数		
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回（1回 ・ 2回 ・ 3回）・ 1期追加		
希望する予防接種名に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、接種回数を○で囲ってください。 ※助成対象者は20歳未満の者となります。ただし、四種混合は15歳未満、BCGは4歳未満、ヒブは10歳未満、小児用肺炎球菌は6歳未満となります。	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回（1回 ・ 2回 ・ 3回）・ 1期追加		
	<input type="checkbox"/> ポリオ	1期初回（1回 ・ 2回 ・ 3回）・ 1期追加		
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん	1期 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期 ・ 2期		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	初回（1回 ・ 2回） 追加 2期		
	<input type="checkbox"/> BCG	1回		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回（1回 ・ 2回 ・ 3回） 追加		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回 ・ 2回 ・ 3回） 追加		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1回 ・ 2回 ・ 3回		
<input type="checkbox"/> 水痘	初回（1回 ・ 2回 ・ 3回） 追加			
<input type="checkbox"/> B型肝炎	初回（1回 ・ 2回） 追加			

(添付書類)

- ・ 予防接種再接種に関する医師の意見書（様式第2号）
- ・ 助成対象予防接種の接種歴が確認できる母子健康手帳又は当該接種歴が確認できるものの写し