

造血幹細胞移植等による予防接種再接種費助成金交付申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

接種される方が、18歳未満のお子さんの場合は、保護者様等の氏名でご記入ください。18歳以上の場合は、接種されるご本人か後見人様の氏名をお願いします。

申請者 住所

氏名

（被接種者との続柄）

電話

下記のとおり、甲賀市造血幹細胞移植等による予防接種再接種費助成金交付要綱第5条の規定により申請します。

記

被接種者	氏 名				
	生 年 月 日	年	月	日	
	住 所	※住民登録がある甲賀市の住所を記載してください			
再接種を希望する予防接種の種類 (○をつけてください)	<input type="checkbox"/> H i b 感 染 症	1 回 目	2 回 目	3 回 目	1 期 追 加
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	1 回 目	2 回 目	3 回 目	1 期 追 加
	<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"/> 四種混合 (DPT-IPV)	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 ()					
接種予定医療機関	※必ずチェックをしてください				
接 種 予 定 日	年	月	日	～	年 月 日

※添付書類

- ・再接種に係る医師意見書（様式第2号）
- ・母子健康手帳その他定期予防接種の履歴を確認することができるものの写し