

様式第1号（第5条関係）

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

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				
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					
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