

様式第 1 号（第 6 条関係）

荏田町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

(提出先)荏田町長

荏田町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請日		年 月 日			
申請者 (保護者)	フリガナ		電話番号	— —	
	氏 名				
	住 所	荏田町		被接種者 との続柄	
被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	荏田町 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。			
再接種を受ける 医療機関名					
予防接種の種類等		※該当するものに○を付けてください。			
		ヒブ(Hib)		初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
		小児用肺炎球菌		初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
		B型肝炎		1回目・2回目・3回目	
		4種混合(DPT-IPV)		第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加	
		3種混合(DPT)		第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加	
		不活性ポリオ(IPV)		初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
		B C G		1回	
		麻しん風しん混合(MR)		第1期・第2期・第3期・第4期	
		麻しん		第1期・第2期・第3期・第4期	
		風しん		第1期・第2期・第3期・第4期	
		水痘		1回目・2回目	
		日本脳炎		第1期初回(1回目・2回目)・第1期追加・第2期	
		2種混合(DT)		第2期	
		子宮頸がん(HPV)		1回目・2回目・3回目	

<添付書類>

- ・ 荏田町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書(様式第 2 号)
- ・ 定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳その他の定期予防接種の記録を証する書類

<注意事項>

- 1 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。
- 2 助成対象の認定前に接種を受けた予防接種については、助成の対象外となります。
- 3 本申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。