

年 月 日

三原市長様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※申請者本人が手書きした場合は、押印不要です。

電話番号 _____

接種対象者との関係 _____

三原市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

三原市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成要綱第6条第1項の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、審査に当たり必要な情報について、三原市が住民基本台帳等により確認すること及び医療機関に問合わせることに同意します。

接種対象者	住 所	
	氏 名	フリガナ
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
再接種を希望する 予防接種の種類・回数 (該当するものに☑と○) (五種混合は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歳未満が対 象)	<input type="checkbox"/> Hib【1回目・2回目・3回目・追加】	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎【1回目・2回目・3回目】	
	<input type="checkbox"/> 五種混合【1回目・2回目・3回目・追加】	
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<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期初回1回目・2回目・追加・2期】	
	<input type="checkbox"/> 二種混合	
再接種予定 医療機関	名 称	
	所在地	
	電話番号	

※次の書類も併せて提出してください。

- 骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定に係る医師意見書（様式第2号）
（注意：医師意見書の発行に係る費用は、被接種者又は保護者の負担となります。）
- 骨髄移植等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳の写し等）