様式第１号（第５条関係）

添田町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

　　　　年　　月　　日

添田町長　殿

申請者　住　　所　添田町大字

　　　　氏　　名

　　　　電話番号　　　　（　　　）

被接種者との続柄

添田町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第５条第１項の規定に基づく助成対象者の認定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 生年月日 | 年　 月　 日 | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　※申請者と同じ場合は記入不要添田町大字 |

２　予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 予 防 接 種 の 種 類 | ※希望する予防接種を○で囲んでください。 |
| Ｂ型肝炎 | １回目・２回目・３回目 |
| ヒブ | 初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| 小児用肺炎球菌 | 初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| 四種混合 | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 三種混合 | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 不活化ポリオ | 初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| 二種混合 | ２期 |
| ＢＣＧ | １回 |
| ＭＲ | １期・２期 |
| 水痘 | １回目・２回目 |
| 日本脳炎 | １期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期 |
| 子宮頸がん | １回目・２回目・３回目 |
| 接種予定医療機関 |  |

３　添付書類

　（１）添田町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書

　（２）母子健康手帳など造血細胞移植前の予防接種の履歴が確認できるもの