

様式第1号（第6条関係）（表面）

骨髄移植後等の予防接種の再接種費用助成対象者認定申請書

年 月 日

神河町長 様

申請者（対象者の保護者）

住 所

氏 名

印

電話番号

対象者との続柄

次のとおり、神河町骨髄移植後等の予防接種の再接種費用助成対象者認定を申請します。

接種対象者	フリガナ		性別
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）	
	住 所		
予防接種の種類	ワクチン名	該当するものに○をつけてください	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	Hib（ヒブ）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	小児肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	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	
	三種混合（DPT）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加	
	不活化ポリオ（IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加	
	二種混合（DT）	第2期	
	麻しん風しん混合	第1期・第2期	
	麻しん	第1期・第2期	
	風しん	第1期・第2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	
	ヒトパピローマウイルス（HPV）	1回目・2回目・3回目	
接種医療機関	名称		
	所在地		
	医師名		

## 様式第 1 号（第 6 条関係）（裏面）

### 備考

申請書に次に掲げる書類を添えて提出してください。

- (1) 骨髄移植後等の予防接種の再接種費用助成に関する理由書（様式第 2 号）
- (2) 母子健康手帳（骨髄移植等を行う前に定期予防接種を受けた履歴が確認できるものに限る。）  
又は当該履歴が確認できるもの
- (3) その他町長が必要と認める書類