

国見町定期予防接種再接種費用助成申請書

国見町長 様

申請者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	電話番号		対象者との関係	

国見町定期予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。また、当該予防接種について必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、国見町がその情報を関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)		
	生年月日	年	月	日 (歳)
接種予定医療機関		(医療機関名)		
		(住 所)		
		(電話番号)		
		<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
		<input type="checkbox"/> ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		<input type="checkbox"/> 四種混合	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		<input type="checkbox"/> 三種混合	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		<input type="checkbox"/> 二種混合	2期	
		<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（単独）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		<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	初回（1回目・2回目）・追加 ・2期	
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(HPV)	1回目・2回目・3回目	
接種予定期間		年	月	日

【添付書類】※添付書類は原則お返ししません。

- ①定期予防接種再接種費用助成事業に係る意見書（第2号様式）
- ②造血幹細胞移植を受けるまでの定期予防接種歴が確認できるもの（母子健康手帳等）の写し

【注意事項】

- ①助成の対象となる予防接種は、造血幹細胞移植を受けるまでに定期予防接種として接種済みのものに限ります。
- ②この申請による予防接種は、任意接種となります。
- ③この申請により助成が決定される前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。