

様式第 1 号（第 5 条関係）

東近江市造血幹細胞移植等による予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

東近江市長 様

申請者

住 所

氏 名 ㊟

被接種者との続柄 ()

電話番号

東近江市造血幹細胞移植等による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申請します。

被接種者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日生
	保護者氏名		電話番号	
再接種を行 う予防接種 の種類	※該当箇所に○を付けてください。			
	B 型肝炎	1 回目	2 回目	3 回目
	ヒブ感染症	1 回目	2 回目	3 回目 1 期追加
	小児用肺炎球菌感染症	1 回目	2 回目	3 回目 1 期追加
	四種混合	1 回目	2 回目	3 回目 1 期追加
	二種混合 (D T)			
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期	2 期	
	水痘	1 回目	2 回目	
	日本脳炎	1 回目	2 回目	1 期追加 2 期
	ヒトパピローマウイルス 感染症	1 回目	2 回目	3 回目
その他 ワクチン名 ()	()	()	()	
その他 ワクチン名 ()	()	()	()	
接種予定医療機関				
接 種 予 定 日	年 月 日 ~ 年 月 日			

- ※添付書類
- ・東近江市造血幹細胞移植等による医療行為により定期予防接種抗体を失った者の再接種に係る意見書（様式第 2 号）
 - ・定期予防接種の履歴が確認できる書類（母子健康手帳等）の写し