

年 月 日

筑前町長 宛

申請者 住所 筑前町

氏名

電話番号（ ） —

筑前町造血細胞移植後の任意再接種費用助成対象者認定申請書

筑前町造血細胞移植後の任意再接種費用助成事業実施要綱に基づく助成対象者の認定を受けたいので、同要綱第5条第1項の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 助成対象者（被接種者）

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	□上記申請者住所と同じ		

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	※希望する予防接種に☑してください。				
	□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) 助成対象者の健康保険証等の本人が確認できる書類
- (2) 筑前町造血細胞移植後の任意再接種費用助成に関する意見書（様式第2号）
- (3) 母子健康手帳等（造血細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）