

久御山町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成申請書

年 月 日

（あて先）久御山町長

申請者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

久御山町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
被接種者住所及び電話番号	〒 ( )		
再接種を行う 予防接種の種類  ※いずれかに○をつけてください。	ヒブ (インフルエンザ菌b型)	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	小児用肺炎球菌	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	4種混合 (DPT-IPV)	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	3種混合 (DPT)	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	不活化ポリオ	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	BCG		
	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期初回：1回目・2回目 / 1期追加 / 2期	
	2種混合 (DT) 【2期】		
	子宮頸がん	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
接種予定日			
接種予定医療機関	(医療機関名)  (住所)  (電話番号)		
備考			