別記様式第１号（第５条関係）

廿日市市骨髄移植患者等の再接種費用助成事業対象認定申請書

年　　月　　日

廿　日　市　市　長　様

申請者　氏　名　　印
住　所
電話番号
被接種者との関係

廿日市市骨髄移植患者等の再接種費用助成事業実施要領第５条第１項の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、審査に当たり必要となる情報について、担当職員が住民基本台帳等により確認することについて同意します。

被接種者	住　所	※申請者と同じ場合は「同上」と記入してください。 廿日市市
	氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
再接種を希望する予防接種の種類	□インフルエンザ菌ｂ型(Hib)	【１回目・２回目・３回目・追加】
	□小児肺炎球菌	【１回目・２回目・３回目・追加】
	□B型肝炎（HBV）	【１回目・２回目・３回目】
	□四種混合（DPT-IPV）	【1期初回　1回目・2回目・3回目・1期追加】
	□麻しん・風しん（MR）	【１期・２期】
	□水痘（水ぼうそう）	【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】
	□二種混合（DT）	
	□ヒトパピローマウイルス(HPV)	【１回目・２回目・３回目】
再接種予定医療機関	名　称	
	所在地	
	電話番号	

添付書類
□１　廿日市市骨髄移植患者等の再接種費用助成対象認定に係る医師意見書（別記様式第２号）
□２　骨髄移植手術等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの（親子(母子)健康手帳の写しなど）

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。