

久山町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業対象認定申請書

久山町長様

(申請者)

住所 久山町大字

氏名

久山町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、同要綱による助成の対象者として認定を受けたいので下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1. 助成対象者（被接種者）

申請者名	(フリガナ)	(被接種者との続柄)
助成対象者 (被接種者)	(フリガナ)	性別
		男 ・ 女
生年月日		電話番号
年 月 日 ( 歳)		
住所		
久山町 大字		

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	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン	初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 1期追加
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 1期追加
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 二種混合	<input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 1回
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	<input type="checkbox"/> 1期・ <input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目)・ <input type="checkbox"/> 1期追加・ <input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
接種予定医療機関		

3. 添付書類

- (1) 被接種者のマイナンバーカードなど本人が確認できる公的な書類
- (2) 久山町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業に係る医師の意見書（様式第2号）
- (3) 母子健康手帳等の医療行為前の定期予防接種の接種歴が確認できるもの
- (4) その他町長が認める書類