

別記

様式第1号（第5条関係）

栗東市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成認定申請書

年 月 日

栗東市長あて

申請者

住 所

氏 名

本人との続柄（ ）

電話番号

栗東市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条の規定により次のとおり申請します。

被接種者	住所	滋賀県栗東市		
	氏名	(男・女)	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 ※いずれかに○をつけてください。	※該当する定期予防接種に○をしてください。			
	<input type="checkbox"/> Hib感染症	【 1回目 2回目 3回目 】	1期追加	
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	【 1回目 2回目 3回目 】	1期追加	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 2回目 3回目		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ			
	<input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV混合)	【 1回目 2回目 3回目 】	1期追加	
	<input type="checkbox"/> 三種混合(DPT混合)	【 1回目 2回目 3回目 】	1期追加	
	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT混合)	1回目 2回目	1期追加	2期
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期	2期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期	2期	
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期	2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目	2回目	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目 2回目	1期追加	2期	
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目 2回目	3回目		
接種予定医療機関	(病院 医院 診療所 施設)			
接種予定日	年 月 日	～	年 月 日	

※添付書類

- 栗東市骨髄移植等の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（別記様式第2号）
- 定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳等）