様式第１号（第４条第１項関係）

志免町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

志免町長

　　　年　　月　　日

申請者　住所　糟屋郡志免町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

電話番号（　　　　）　　　　　－

　志免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に基づく助成対象者の認定を受けたいので、同要綱第４条第１項の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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 | ※希望する予防接種を〇で囲んでください。 |
| 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（提示）書類

(1) 被接種者の健康保険証等の本人が確認できる公的な書類

(2) 志免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) 母子健康手帳等の造血細胞移植その他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