

様式第1号（第6条関係）

熊野町骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する
任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

熊野町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
接種対象者との続柄 _____
電話番号 _____

下記のとおり熊野町骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成事業を利用したいので、熊野町骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて町が保有する私及び接種対象者の個人情報を開覧すること及び熊野町骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成認定に係る医師意見書を作成した医療機関に問い合わせることに同意します。

記

接種対象者	住 所			
	ふりがな			
	氏 名			性別
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
希望する予防 接種の種類	ロタウイルス（1価）	1回目・2回目		
	ロタウイルス（5価）	1回目・2回目・3回目		
	B型肝炎	初回（1回目・2回目）・追加		
	ヒブ（Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	小児肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	四種混合（DPT-IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	不活化ポリオ（IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	二種混合（DT）	第2期		
	B C G	1回目		
	麻しん風しん混合	第1期・第2期		
	水痘	1回目・2回目		
	日本脳炎	第1期初回（1回目・2回目）・第1期追加・第2期		
	ヒトパピローウイルス（2価・4価）	1回目・2回目・3回目		
ヒトパピローウイルス（9価）	1回目・2回目・3回目			
接種予定 医療機関	名 称			
	所 在 地			
	電話番号			

【添付書類】

- 熊野町骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成認定に係る医師意見書（様式第2号）
- 骨髄移植等の実施以前の定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳の写し、その他当該定期予防接種を接種したことを証する書類