

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

始良市長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電 話

始良市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定申請書

始良市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱に基づく補助対象者の認定を受けたいので、同要綱第5条第1項の規定に基づき、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

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

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	種 別	回 数 等
	四種混合	
	三種混合	
	二種混合	
	不活化ポリオ	
	MR（麻しん風しん混合）	
	日本脳炎	
	ヒブ	
	小児用肺炎球菌	
	子宮頸がん	
	水痘	
	B型肝炎	
	接種予定医療機関	

3 添付書類

- (1) 医師意見書
- (2) 移植前の定期予防接種ワクチンの接種歴が確認できる書類
- (3) 被接種者の健康保険証など本人が確認できる書類