

様式第 1 号

尼崎市骨髄移植等後の予防接種の再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

尼 崎 市 長 様

申請者（保護者） 住所： _____

氏名（続柄）： _____ ㊞ ()

電話：() _____

尼崎市骨髄移植等後の予防接種の再接種に対する費用助成実施要綱第 7 条の規定に基づき、次のとおり助成対象の認定申請を行います。

接種 対象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		
	氏 名	フリガナ	生年 月 日	年 月 日
再接種が必要 な予防接種の 種類 (※必要なもの に○をつけて ください。)	Hib 感染症：初回（1回目・2回目・3回目）・追加			
	小児の肺炎球菌感染症：初回（1回目・2回目・3回目）・追加			
	B型肝炎：1回目・2回目・3回目			
	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			
	二種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加・2期			
	不活化ポリオ：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加			
	麻しん・風しん混合（MR）：1期・2期			
	麻しん：1期・2期			
	風しん：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			
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	名 称			
	所在地			
	電話番号			

(添付書類)

- 1 尼崎市骨髄移植等後の予防接種の再接種に係る理由書（様式第 2 号）
- 2 母子健康手帳など骨髄移植等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できる書類の写し
- 3 健康保険証など接種対象者の住所及び生年月日を確認することができるものの写し