様式第１号（第６条関係）

天草市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年　　月　　日

天草市長　あて

申請者　住所

氏名

接種対象者との続柄

電話番号

天草市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成事業実施要領の規定に基づき、助成金の交付対象となるための認定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

接種対象者	住　所	□申請者と同じ	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	（　男　・　女　）	
	生年月日	年　　月　　日　（満　　歳　　ヶ月）	
再接種を行う予防接種 （該当する項目にチェック及び○記入）		□　Ｂ型肝炎	１回目・２回目・３回目
		□　ヒブ感染症	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
		□　不活化ポリオ（IPV）	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
		□　四種混合（DPT-IPV）	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
		□　三種混合（DPT）	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
		□　ＢＣＧ	
		□　水痘	１回目・２回目
		□　麻しん風しん混合（MR） □　麻しん　　□　風しん	１期・２期
		□　日本脳炎	１期初回（　１回目・２回目　）・１期追加・２期
		□　二種混合（DT）	２期
		□　ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｨﾙｽ感染症	１回目・２回目・３回目
再接種予定医療機関		医療機関名 所在地 電話番号	

添付書類　(1)　天草市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成対象認定に係る医師意見書(様式第2号)

(2)　母子保健手帳など造血幹細胞移植等の治療以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの