

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	(フリガナ) 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)	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 五種混合（DPT-IPV-Hib）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 三種混合（DPT）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR） <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
	<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）	2期	
<input type="checkbox"/> ヒトパピロウイルス感染症	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