

菰野町長 宛

(申請者)  
住所 〒  
菰野町  
氏名  
(被接種者との続柄 )  
電話番号

菰野町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

菰野町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、助成対象の認定を受けたいので下記のとおり申請します。

記

|                             |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |      |       |
|-----------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-------|
| 被接種者                        |                                                | ふりがな<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | 生年月日 | 年 月 日 |
|                             |                                                | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 菰野町 |      |       |
| 理由書<br>(医師記入欄)              | 接種済みの定期<br>予防接種の予防<br>効果が期待でき<br>ないと判断する<br>理由 | (理由)<br><br><div>(医師署名)</div> <div>(医療機関所在地)</div> <div>(医療機関名)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |      |       |
|                             | 予防接種の種類                                        | <div><input type="checkbox"/> ロタウイルス（１・２・３回目）</div> <div><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（初回１・２・３回目、追加１回目）</div> <div><input type="checkbox"/> B 型肝炎（１・２・３回目）</div> <div><input type="checkbox"/> 混合接種（初回１回目・２回目・３回目、追加１回目、２期）</div> <div><input type="checkbox"/> BCG</div> <div><input type="checkbox"/> MR（１・２期）</div> <div><input type="checkbox"/> 水痘（初回１回目、追加１回）</div> <div><input type="checkbox"/> 日本脳炎（１期初回１・２回目、追加１回・２期）</div> <div><input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（１回目・２回目・３回目）</div> <div><input type="checkbox"/> その他（ ）</div> |     |      |       |
| 接種医療機関名<br>※上記医療機関と異なる場合に記入 |                                                | (所在地)<br>(名 称)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |      |       |

添付書類

母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ又は骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の  
予防接種の履歴が確認できるものの写し