

様式第1号（第6条関係）

むつ市再接種費用助成申請書

年 月 日

（宛先）むつ市長

申請者 住 所 _____
 電話番号 _____
 ふりがな _____
 氏 名 _____
 被接種者との続柄 _____

むつ市造血幹細胞移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。

（ふりがな） 被接種者名	（ _____ ）	生年月日	_____年 月 日
被接種者住所 及び電話番号	〒 _____ 電話番号 _____		
再接種を行う 予防接種の種類 ※いずれかに○を付 けてください	・BCG : 1回 ・Hib(ヒブ) : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・小児肺炎球菌 : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・B型肝炎 : 初回(1回目・2回目)・追加 ・四種混合 : 第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加 ・五種混合 : 第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加 ・二種混合 : 第2期 ・麻しん風しん混合(MR) : 第1期・第2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 第1期初回(1回目・2回目)・第1期追加・第2期 ・子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目 ・不活化ポリオ(単独) : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加		
接種開始時期	_____年 月 日 から		
接種予定 医療機関	医療機関名 : _____ 住 所 : 〒 _____ 電話番号 : _____		
備 考			
添付文書 チェック欄	<input type="checkbox"/> むつ市再接種費用助成に係る意見書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 予防接種記録が確認できる書類の写し等		

【注意事項】

1. 助成の対象となる予防接種は、造血幹細胞移植等の医療行為を受けるまでに定期予防接種として接種済のものに限ります。
2. この申請による予防接種は、任意接種となります。
3. この申請による市の認定通知書を受理する前に受けた予防接種は、助成の対象にはなりません。