

（宛先）五島市長

申請者 住 所
氏 名 (※)
電話番号
(再接種を受ける者との関係)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

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

五島市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、当該予防接種について、必要な書類（疾病の状況等）があるときは、五島市がその情報を関係医療機関に問い合わせることに同意します。

記

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日
再接種を受ける者の氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
再接種を受ける者の住所			
再接種の理由			
再接種する予防接種の種類	ヒブ	: 初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目) ・ <input type="checkbox"/> 追加	
	小児用肺炎球菌	: 初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目) ・ <input type="checkbox"/> 追加	
	B型肝炎	: 初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)	
	ロタウイルス	: <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目	
	五種混合	: 1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目) ・ <input type="checkbox"/> 追加	
	四種混合	: 1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目) ・ <input type="checkbox"/> 追加	
	二種混合	: <input type="checkbox"/> 2期	
	BCG	: <input type="checkbox"/> 1回	
	麻しん・風しん混合	: <input type="checkbox"/> 1期・ <input type="checkbox"/> 2期	
	水痘	: <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目	
	日本脳炎	: 1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目) ・ <input type="checkbox"/> 1期追加・ <input type="checkbox"/> 2期	
	子宮頸がん	: <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目	
その他 ()			
再接種を受ける医療機関	【医療機関名】 【所在地】		

2 関係書類

- (1) 再接種に関する理由書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳等の造血幹細胞移植等を受ける前の再接種を受ける者の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し