**玉野市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**

年　　月　　日

玉野市長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | （〒　　　　-　　　　　）  玉野市 | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 電話番号 |  | 被接種者との関係 |  |

玉野市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。また、当該予防接種について必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、玉野市がその情報を関係機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ | |  | | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 | |  | |
| 住　所 | | □ 上記申請者住所と同じ  玉野市 | | | |
| 接種予定医療機関 | | | （医療機関名）  （住　所）  （電話番号） | | | |
| 再接種を行う  予防接種の種類  ※いずれかに○を  つけてください | | ・ヒ　ブ  ・小児肺炎球菌  ・四種混合  ・三種混合  ・不活化ポリオ（単独）  ・二種混合  ・Ｂ型肝炎  ・麻しん・風しん（ＭＲ)  ・水　痘  ・日本脳炎  ・子宮頸がん | | ：初回接種（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種  ：初回接種（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種  ：１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種  ：１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種  ：初回接種（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種  ：２期  ：１回目・２回目・３回目  ：１期・２期  ：１回目・２回目  ：１期初回（ １回目・２回目 ）・１期追加・２期  ：１回目・２回目・３回目 | | |
| 接種予定日 | | 年　　　　月　　　日 | | | | |

**【添付書類】**

①　玉野市骨髄移植後等の予防接種の再接種にかかる医師の意見書

②　接種済みの予防接種の記録が確認できるもの（親子健康手帳等）の写し