**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