

骨髄移植者等予防接種再接種費用補助金認定申請書

(あて先) 宇都宮市長 佐藤 栄一

〒
申請者 住所
氏名
電話番号

印

宇都宮市骨髄移植者等予防接種再接種費用補助金交付要綱第6条の規定に基づき、補助金の交付の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病等の情報）があるときは、宇都宮市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

対象者 (接種を受ける人)	氏名	フリガナ	性別	男・女
	住所	宇都宮市		申請者に同じ
	生年月日	年 月 日		
保護者	氏名			申請者に同じ
	住所	宇都宮市		申請者に同じ

※医療機関記入欄

接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 (被接種者の疾病等の状況及び治療の内容など)			
再接種が必要な予防接種の種類	※裏面の「再接種が必要な予防接種の種類」にご記入ください。		
診断	医療機関名		
	医師サイン	電話番号	
	備考		

・添付書類 母子健康手帳等の予防接種の記録が確認できる書類の写し

市使用欄 申請者 本人確認	個人番号カード、運転免許証（または運転経歴証明書）、健康保険証、市民証、住基カード、年金手帳、身体障がい者手帳、後期高齢者医療被保険者証、パスポート、その他（ ）
------------------	---

再接種が必要な予防接種の種類

ワクチンの種類	定期接種として接種済みの場合は○	再接種が必要な場合は○	接種予定年月
B型肝炎			1回目 (年 月)
			2回目 (年 月)
			3回目 (年 月)
ヒブ			1回目 (年 月)
			2回目 (年 月)
			3回目 (年 月)
			4回目 (年 月)
小児用肺炎球菌			1回目 (年 月)
			2回目 (年 月)
			3回目 (年 月)
			4回目 (年 月)
四種混合			1期初回1回目 (年 月)
			1期初回2回目 (年 月)
			1期初回3回目 (年 月)
			1期追加 (年 月)
三種混合			1期初回1回目 (年 月)
			1期初回2回目 (年 月)
			1期初回3回目 (年 月)
			1期追加 (年 月)
ポリオ			初回1回目 (年 月)
			初回2回目 (年 月)
			初回3回目 (年 月)
			追加 (年 月)
二種混合			2期 (年 月)
BCG			年 月
水痘			初回 (年 月)
			追加 (年 月)
麻しん風しん混合			1期 (年 月)
			2期 (年 月)
日本脳炎			1期初回1回目 (年 月)
			1期初回2回目 (年 月)
			1期追加 (年 月)
			2期 (年 月)
子宮頸がん			1回目 (年 月)
			2回目 (年 月)
			3回目 (年 月)