

様式第1号（第4条関係）

篠栗町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

篠栗町長 様

年 月 日

申請者住所 _____

氏名 _____ (電話) _____

篠栗町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、同要綱による助成の対象者としての認定を受けたいので下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 被接種者

氏名		生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ		

2 予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

予 防 接 種 の 種 類	※希望する予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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"/> 1期追加
	<input type="checkbox"/> 三種混合	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"/> 1期追加
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	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
	<input type="checkbox"/> 二種混合	<input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 1回
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	<input type="checkbox"/> 1期・ <input type="checkbox"/> 2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
接種予定 医療機関		

3 添付書類

- (1) 被接種者の健康保険証等の本人が確認できる公的な書類
- (2) 篠栗町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業に係る医師の意見書(様式第2号)
- (3) 母子健康手帳等の医療行為前の定期予防接種の接種歴が確認できるもの
- (4) その他町長が必要と認める書類