

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

長浜市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種費用助成対象認定申請書

長浜市長 あて

申請者
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____
(接種対象者との続柄：_____)

長浜市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、助成の対象者認定を受けたいので、次のとおり申請します。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名	(男・女)
	住 所	
	生年月日	年 月 日 (歳)
予防接種の種類 希望するものに○を付けてください	<ul style="list-style-type: none"> ・五種混合：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・三種混合：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・二種混合：2期 ・麻しん風しん(MR)：1期・2期 ・日本脳炎：1期初回（1回目・2回目・追加）・2期 ・H i b感染症：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・小児の肺炎球菌感染症：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ヒトパピローマウイルス感染症：1回目・2回目・3回目 ・単独不活化ポリオ：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・水痘 : 1回目・2回目 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・その他 () 	
接種医療機関	名 称 所 在 地 電 話 番 号	

※添付書類

- ・長浜市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種に係る医師意見書（様式第2号）
- ・造血幹細胞移植等実施以前の予防接種歴が確認できるもの（母子健康手帳等の写し）