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 | 氏　名（ふりがな） | （　男・女　） |
| | 住　　所 | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日　（　　歳） |
| 予防接種の種類<br><br>希望するものに○を付けてください | ・五種混合：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加接種<br>・四種混合：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加接種<br>・三種混合：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加接種<br>・二種混合：２期<br>・麻しん風しん(MR)：１期・２期<br>・日本脳炎：１期初回（１回目・２回目・追加）・２期<br>・Ｈｉｂ感染症：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加接種<br>・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<br>・ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症：２価・４価（１回目・２回目・３回目）<br>９価（１回目・２回目・３回目）<br>・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<br>・水痘　：１回目・２回目<br>・Ｂ型肝炎　：１回目・２回目・３回目<br>・その他（　　） | |
| 接種医療機関 | 名　　称<br>所 在 地<br>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）