

様式第1号（第7条関係）

赤穂市骨髄移植後等の予防接種の再接種に対する助成事業対象者認定申請書

年 月 日

赤穂市長宛

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
電話番号



下記のとおり、赤穂市骨髄移植後等の予防接種の再接種に対する助成事業対象者の認定を申請します。

対象者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	赤穂市
保護者氏名		
予防接種の種類 (希望する予防接種に○印をつけてください)	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	
	B型肝炎：1回目・2回目・3回目	
	4種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	2種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	不活化ポリオ：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	麻しん風しん混合：1期・2期	
	麻しん：1期・2期	
	風しん：1期・2期	
	水痘：1回目・2回目	
	日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
ヒトパピローマウイルス感染症：1回目・2回目・3回目		
接種希望医療機関	医療機関所在地	
	医療機関名	

(添付書類)

- 赤穂市骨髄移植後等の予防接種の再接種に関する理由書（様式第2号）
- 母子健康手帳（骨髄移植等を行う前に定期予防接種を受けた履歴が確認できるものに限る。）又は当該予防接種の履歴が確認できるものの写し
- 助成対象者及び助成対象者同一の世帯に属する者の申請しようとする月の属する年度（4月から6月までの場合にあつては前年度）分の市町村民税の所得割額が確認できるもの
- その他、市長が必要と認める書類