

川崎町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

川崎町長 殿

申請者 住 所 川崎町大字
 氏 名 ㊟
 電話番号 ()
 被接種者との続柄

川崎町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づく助成対象者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

(ふりがな)		生年月日	年 月 日	性別	男・女
氏 名					
住 所	〒 ー ※申請者と同じ場合は記入不要 川崎町大字				

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	※希望する予防接種を○で囲んでください。	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	ヒブ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	小児用肺炎球菌	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	不活化ポリオ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	二種混合	2期
	BCG	1回
	MR	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
子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
接種予定医療機関		

3 添付書類

- (1) 川崎町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書
- (2) 母子健康手帳など造血細胞移植前の予防接種の履歴が確認できるもの