様式第１号(第７条関係)

庄原市骨髄移植患者等の定期予防接種ワクチン再接種費用補助金交付申請書

令和　　年　　月　　日

庄　原　市　長　　様

申請者（保護者）　住　所

氏　名

庄原市骨髄移植患者等の定期予防接種ワクチン再接種費用補助金の交付を受けたいので、庄原市骨髄移植患者等の定期予防接種ワクチン再接種費用補助金要綱第７条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、庄原市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日
（満　歳　か月）</td></tr>
<tr><td>対象者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">住　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">再接種を希望するワクチンの種類</td><td colspan="2">Ｂ型肝炎　１回目・２回目・３回目
ヒブ　１回目・２回目・３回目・追加
小児肺炎球菌　１回目・２回目・３回目・追加
五種混合　１回目・２回目・３回目・追加
四種混合　１回目・２回目・３回目・追加
二種混合　１回目
ＢＣＧ　１回目
麻しん風しん混合　１期・２期
水痘　１回目・２回目
日本脳炎　１回目・２回目・追加・２期
ＨＰＶ　１回目・２回目・３回目
不活化ポリオ　１回目・２回目・３回目・追加
その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種予定日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">接種医療機関</td><td>名　称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

添付書類

（１）定期予防接種ワクチン再接種費用補助金交付申請に係る医師の意見書（様式第２号）（初回申請時のみ）

（２）母子健康手帳の予防接種記録又は骨髄移植手術その他の特別な事情により免疫を失う以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し

（３）その他市長が必要と認める書類