

横手市骨髓移植手術等に伴う予防接種の再接種費用助成事業申請書

申請日 年 月 日

横 手 市 長 様

申請者（保護者または本人）

住 所
〒
横手市

氏 名

被接種者との続柄

電話番号

骨髓移植等の医療行為により免疫を失った者に対する予防接種の再接種費用助成事業実施要綱に基づき、次のとおり予防接種の実施を申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、横手市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

対象者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日	男・女
住 所 (申請者と異なる場合のみ記入)	〒			
今後実施する再 接種の種類 ※○をつけて ください	B型肝炎（初回 1 回目）	日本脳炎（初回 1 回目）	Hib（初回 3 回目）	
	B型肝炎（初回 2 回目）	日本脳炎（初回 2 回目）	Hib（追加）	
	B型肝炎（追加）	日本脳炎 1 期追加	不活化ポリオ（初回 1 回目）	
	小児用肺炎球菌 初回 1 回目	日本脳炎 2 期	不活化ポリオ（初回 2 回目）	
	小児用肺炎球菌 初回 2 回目	二種混合	不活化ポリオ（初回 3 回目）	
	小児用肺炎球菌 初回 3 回目	ヒトパピローマウイルス 1 回目	不活化ポリオ（追加）	
	小児用肺炎球菌 追加	ヒトパピローマウイルス 2 回目	風しん 1 期	
	五種混合 初回（1 回目）	ヒトパピローマウイルス 3 回目	風しん 2 期	
	五種混合 初回（2 回目）	おたふく（1 回目）	麻疹 1 期	
	五種混合 初回（3 回目）	三種混合（初回 1 回目）	麻疹 2 期	
	五種混合 初回追加	三種混合（初回 2 回目）		
	麻疹風しん混合（MR） 1 期	三種混合（初回 3 回目）		
	麻疹風しん混合（MR） 2 期	三種混合（1 期追加）		
	水痘 1 回目	Hib（初回 1 回目）		
	水痘 2 回目	Hib（初回 2 回目）		
特別の理由	1. 疾病名と再接種理由 () 2. 再接種が可能となった時期 年 月 日 3. 再接種予定日 年 月 日			
再接種 医療機関	1. 医療機関名 (医療機関名 住 所 〒)			