

横手市骨髄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 〇〇年 〇月 〇〇日

横 手 市 長 様

被接種者が18歳未満の場合は保護者

申請者（保護者または本人）

〒
住 所 横手市

氏 名

日中連絡の取れる番号を記入

被接種者との続柄

電話番号

骨髄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	ヨコテ タロウ 横手 太郎	生年月日	〇年〇月〇日	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）	麻しん 1期		
	五種混合 初回（3回目）	三種混合（初回1回目）	麻しん 2期		
	五種混合 初回追加	三種混合（初回2回目）			
	麻しん風しん混合（MR） 1期	三種混合（初回3回目）			
	麻しん風しん混合（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 (〇〇で〇〇手術を受けたため) 2. 再接種が可能となった時期 〇〇年 〇月 〇〇日 3. 再接種予定日 〇〇年 〇月 〇〇日				
再接種 医療機関	1. 医療機関名 (医療機関名 〇〇〇〇 住 所 〇〇〇〇)				