

様式第 1 号（第 5 条関係）

新宮町造血細胞移植その他の医療行為後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

新宮町長 様

年 月 日

申請者 住所 新宮町
氏名
電話番号 — —

新宮町造血細胞移植その他の医療行為後の任意予防接種費用助成事業実施要綱に基づく助成対象者の認定を受けたいので、同要綱第 5 条第 1 項の規定により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 氏名		生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		

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。	
	ロタウイルス	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
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
	五種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・I 期追加
	三種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・I 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）・I 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） マイナンバーカード（被接種者）など本人であることが確認できる公的な書類
- （2） 造血細胞移植その他の医療行為前に接種した法に基づく定期予防接種の予防効果が期待できないと判断した医師の意見書（様式第 2 号）
- （3） 母子健康手帳など造血細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できるもの