

年 月 日

（宛先）桑名市長

（申請者）  
 住 所 〒  
 桑名市  
 氏 名  
 （被接種者との続柄）  
 電話番号 （ ）

桑名市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

桑名市骨髄移植後等の予防接種再接種助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、助成対象の認定を受けたいので下記のとおり申請します。

記

被接種者	ふりがな 氏名	生年 月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
	住所		
理由書 (医師記入欄)	接種済みの定期 予防接種の予防効果が 期待できないと 判断する理由	(医師署名) _____ (医療機関所在地) _____ (医療機関名) _____	
	予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタウイルス（1・2・3回目） <input type="checkbox"/> ヒブ（初回 1・2・3回目、追加 1回） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（初回 1・2・3回目、追加 1回） <input type="checkbox"/> B型肝炎（1・2・3回目） <input type="checkbox"/> DPT-IPV（四種混合）（1期初回 1・2・3回目、追加 1回） <input type="checkbox"/> DPT-IPV-Hib（五種混合）（1期初回 1・2・3回目、追加 1回） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR（1・2期） <input type="checkbox"/> 水痘（初回 1回目、追加 1回） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（1期初回 1・2回目、追加 1回・2期） <input type="checkbox"/> DT 2期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（1・2・3回目） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
接種医療機関名 ※上記医療機関名と異なる場合に記入		所在地 名 称	

添付書類

1 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ又は骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し