

遠軽町骨髄移植等後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

遠軽町長 様

申請者（保護者）住 所 遠軽町

氏 名(自署)

(被接種者との続柄)

電話番号

遠軽町骨髄移植等後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。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、遠軽町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。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 遠軽町
	(フリガナ) 氏 名	(男・女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
再 接 種 を 行 う 予 防 接 種	ワクチンの種類	該当するものに○印をつけてください
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	(1 ・ 2 ・ 3) 回目 ・ 追加
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	(1 ・ 2 ・ 3) 回目
	<input type="checkbox"/> 五種混合	1期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目 ・ 1期追加
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん (MR)	1期 ・ 2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	(1 ・ 2) 回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目 ・ 1期追加 ・ 2期
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2期
	<input type="checkbox"/> HPV (子宮頸がん予防)	(1 ・ 2 ・ 3) 回目
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目 ・ 1期追加
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目 ・ 1期追加
<input type="checkbox"/> 四種混合	1期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目 ・ 1期追加	
<input type="checkbox"/> ヒブ	(1 ・ 2 ・ 3) 回目 ・ 追加	
接 種 医 療 機 関	名称	
	所在地	
	担当医師名	

<添付書類>

- 1 遠軽町骨髄移植等後の任意予防接種費用助成対象認定に係る主治医意見書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳又は骨髄移植等を受ける前の定期予防接種の接種歴が確認できる書類の写し