

予防接種費用助成対象確認申請書

年 月 日

相模原市長 あて

住所 相模原市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

申請者  
(保護者) 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

※氏名を本人が自署する場合は、押印不要です。

骨髄移植等の医療行為により免疫が消失したことに伴い、次の予防接種の再接種について、予防接種費用助成対象の確認を受けたいため、申請します。

ふりがな	
対象者名 (被接種者)	
生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
申請理由	別添 「骨髄移植等の医療行為により免疫を消失したことを証する書類」 のとおり
受診予定年月日	年 月 日から 年 月 日
予防接種の種類	期 別
1. B型肝炎	1回目・2回目・3回目
2. ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加
3. 肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
4. 五種混合	1期 (1回目・2回目・3回目・追加)
5. 四種混合	1期 (1回目・2回目・3回目・追加)
6. 三種混合	1期 (1回目・2回目・3回目・追加)
7. ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加
8. BCG	1回目
9. 麻しん風しん混合	1期 ・ 2期
10. 麻しん	1期 ・ 2期
11. 風しん	1期 ・ 2期
12. 水痘	1回目・2回目
13. 日本脳炎	1期 (1回目・2回目・追加) ・ 2期
14. 二種混合	1期 (1回目・2回目・追加) ・ 2期
15. HPV感染症	1回目・2回目・3回目

添付書類：骨髄移植等の医療行為により免疫を消失したことを証する書類