

別 記

様式第 1 号 (第 5 条関係)

守山市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成認定申請書

年 月 日

守山市長あて

申請者

住 所

氏 名

本人との続柄 ()

電話番号

守山市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

被接種者	住所	滋賀県守山市		
	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生
	保護者氏名		電話番号	
再接種を行う予防接種 ※いずれかに○をつけてください。	※該当する定期予防接種に○をしてください。			
	<input type="checkbox"/> B 型 肝 炎	<u>1 回目</u> 2 回目 3 回目		
	<input type="checkbox"/> ヒ ブ 感 染 症	【 <u>1 回目</u> 2 回目 3 回目 】 1 期追加		
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	【 <u>1 回目</u> 2 回目 3 回目 】 1 期追加		
	<input type="checkbox"/> 四 種 混 合	【 <u>1 回目</u> 2 回目 3 回目 】 1 期追加		
	<input type="checkbox"/> 五 種 混 合	【 <u>1 回目</u> 2 回目 3 回目 】 1 期追加		
	<input type="checkbox"/> 二 種 混 合	2 期		
	<input type="checkbox"/> 麻 し ん 風 し ん 混 合	1 期 2 期		
	<input type="checkbox"/> 水 痘	1 回目 2 回目		
	<input type="checkbox"/> 日 本 脳 炎	1 回目 2 回目 1 期追加 2 期		
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1 回目 2 回目 3 回目		
<input type="checkbox"/> その他のワクチン ()	1 回目 2 回目 3 回目			
<input type="checkbox"/> その他のワクチン ()	1 回目 2 回目 3 回目			
接種予定医療機関	(病院 医院 診療所 施設)			
接種予定日	年 月 日 ~ 年 月 日			

※添付書類

- ・ 守山市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成認定に係る意見書 (様式第 2 号)
- ・ 定期予防接種の履歴が確認できるもの (母子健康手帳等)

【申請者本人確認 (市担当課記入欄)】

運転免許証 マイナンバーカード 健康保険証 その他 ()