

つくばみらい市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成交付申請書

申請者 住 所
 （保護者）氏 名
 電話番号

つくばみらい市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、本申請に当たり、対象者の住民基本台帳を確認すること、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。

接種 対象者	ふりがな 氏 名	
	住 所	つくばみらい市
	生年月日	年 月 日（ 歳）
理由書 ※医師 記入欄	再接種の理由	
	再接種する 予防接種の 種類及び 接種回数	1. 小児用肺炎球菌 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
		2. B型肝炎 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】
		3. 五種混合 （ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b型） 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
		4. 麻しん（はしか）・風しん 【 第1期 ・ 第2期 】
		5. 水痘 【 1回目 ・ 2回目 】
		6. 日本脳炎 第1期【 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 】 第2期
		7. ヒトパピローマウイルス（HPV） 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】
		8. 二種混合（ジフテリア・破傷風）
		9. 四種混合 （ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ） 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
		10. インフルエンザ菌b型（Hib） 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
	医 療 機 関 名	
	医 師 名	
医療機関所在地		

添付書類：母子健康手帳等の予防接種記録の写し