



つくばみらい市告示73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交付要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和5年3月31日

つくばみらい市長 小田川



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要綱の一部を改正する告示

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要綱（令和3年つくばみらい市告示第186号）の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

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 | 男・女 | |
| | 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 | ヒブ | 1回・2回・3回・追加 |
| | | 小児用肺炎球菌 | 1回・2回・3回・追加 |
| | | B型肝炎 | 1回・2回・3回 |
| | | 四種混合 | 第1期初回(1回・2回・3回) 第1期追加 |
| | | 二種混合 | 第2期 |
| | | 不活化ポリオ | 1回・2回・3回・4回 |
| | | 麻しん・風しん | 第1期・第2期 |
| | | 麻しん | 第1期・第2期 |
| | | 風しん | 第1期・第2期 |
| | | 水痘 | 1回・2回 |
| | | 日本脳炎 | 第1期初回(1回・2回)・第1期追加 第2期 |
| | | ヒトパピローマウイルス(HPV) | 1回・2回・3回 |
| | 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