

高砂市骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成対象者認定申請書

申請日 年 月 日

高砂市長 様

申請者

住 所

被接種者との

氏 名

続 柄 （ ）

電話番号

高砂市骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、予防接種について必要な情報があるときは、高砂市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び予防接種医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			(満 歳 箇月)
	住 所	〒 高砂市 電話番号		
再接種を希望する 予防接種	☐ B型肝炎 (回) ☐ Hib感染症 (回) ☐ 小児の肺炎球菌感染症 (回) ☐ 五種混合（ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、破傷風、ヒブ）(回) ☐ 四種混合（ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、破傷風）(回) ☐ 麻しん風しん混合 (回) ☐ 水痘 (回) ☐ 日本脳炎 (回) ☐ 二種混合（ジフテリア、破傷風）(回) ☐ ヒトパピローマウイルス感染症 (回)			
再接種 医療機関	名 称： 所在地：			

【添付書類】

- (1) 高砂市骨髓移植後等における予防接種再接種費用助成対象者認定に係る理由書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳（骨髓移植等を受ける以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）又は当該履歴が確認できるものの写し
- (3) 世帯調書（様式第3号）
- (4) 助成対象者の属する世帯員及び世帯外扶養義務者が課税年度の1月1日現在高砂市に住民票がない場合は、所得税又は市町村民税の課税状況が分かる書類
- (5) その他市長が必要と認める書類