

年 月 日

南部町定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

南部町長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

（接種対象者との続柄： _____）

南部町造血細胞移植後の定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、助成の対象者認定を受けたいので、次のとおり申請します。

被 接 種 者	住 所	南部町
	ふりがな 氏 名	(男・女)
	生年月日	年 月 日
予防接種の種類 <small>希望するものに○をつけてください</small>	・ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ・小児肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ・B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ・4種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) (ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ) ・2種混合 (2期) (ジフテリア・破傷風) ・不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) ・BCG ・麻しん風しん (1期・2期) ・水痘 (1回目・2回目) ・日本脳炎 (1回目・2回目・追加・2期) ・子宮頸がんワクチン (1回目・2回目・3回目)	
接種医療機関	名 称 所 在 地 電話番号	

※添付書類

- ・南部町定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る医師意見書（様式第2号）
- ・造血細胞移植実施以前の予防接種歴が確認できるもの（母子健康手帳等）