

会津若松市造血幹細胞移植による再接種費用助成適用認定申請書

会津若松市長

申請者 住所 会津若松市

氏名 (被接種者との関係： )

電話番号 ( )

会津若松市造血幹細胞移植後の再接種費用の助成に関する要綱第5条第1項の規定に基づき、助成金の支給対象となるための認定を受けたいので、以下のとおり申請します。また、必要な情報（治療内容等）がある場合、会津若松市が関係機関に問い合わせることに同意します。

|  |                   |  |      |               |
|--|-------------------|--|------|---------------|
| 対象者<br>(接種を受ける方)                             | ふりがな<br>氏名        |  | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳) |
|  | 住所                | <input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ<br>会津若松市 |      |               |
| 再接種を希望する<br>予防接種（該当する<br>予防接種に○を<br>つけてください） | ヒブ (Hib)          | ( 1・2・3 ) 回目・追加                              |      |               |
|  | 小児用肺炎球菌 (PCV13)   | ( 1・2・3 ) 回目・追加                              |      |               |
|  | B型肝炎              | ( 1・2・3 ) 回目                                 |      |               |
|  | 四種混合 (DPT-IPV)    | 1期 ( 1・2・3 ) 回目・1期追加                         |      |               |
|  | 水痘                | ( 1・2 ) 回目                                   |      |               |
|  | 麻しん風しん混合 (MR)     | 1期・2期  |      |               |
|  | 日本脳炎              | 1期 ( 1・2 ) 回目・1期追加・2期                        |      |               |
|  | 二種混合 (DT)         | 2期   |      |               |
|  | ヒトパピローマウイルス (HPV) | ( 1・2・3 ) 回目                                 |      |               |
| 接種予定日  | 令和 年 月 日          |  |      |               |
| 予防接種実施予定<br>医療機関                             | 医療機関名 (診療科名)      | ( 科)   |      |               |
|  | 所在地               |  |      |               |
|  | 医師名               |  |      |               |