

富良野市長 様

申請日 令和 年 月 日

富良野市骨髄移植後等の任意予防接種費用助成対象認定申請書

富良野市骨髄移植等の任意予防接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、助成金の対象となるための認定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者氏名 (保護者等)	被接種者との続柄 ()		
被接種者	フリガナ		
	平成・令和 年 月 日生 (満 歳 カ月)		
被接種者住所	富良野市 TEL		
接種を受ける 医療機関	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
再接種を行う 予防接種	ワクチン種類	該当するものに○印をつけてください	
	・ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加	すべて
	・小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加	すべて
	・B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	すべて
	・DPT-IPV (四種混合)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加	すべて
	・DPT (三種混合)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加	すべて
	・DT (二種混合)	2期	すべて
	・不活化ポリオ	初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加	すべて
	・MR (麻しん風しん)	1期 ・ 2期	すべて
	・麻しん	1期 ・ 2期	すべて
	・風しん	1期 ・ 2期	すべて
	・水痘	初回 ・ 追加	すべて
	・日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・ 1期追加・2期	すべて
	・ヒトパピローマウイルス	1回目・2回目・3回目	すべて
・BCG		すべて	

- 添付書類 健康保険証 (被接種者) など本人が確認できる公的な書類
 骨髄移植等の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書 (第2号様式)
 予防接種記録が確認できる書類の写し (母子健康手帳など)