

播磨町骨髄移植後等における予防接種再接種費用助成対象者認定申請書

年 月 日

播磨町長 様

(申請者)

住所

氏名

被接種者との続柄 ()

電話番号

播磨町骨髄移植後等における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、播磨町がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

再接種者	住 所	播磨町			
	氏 名				
	生年月日	年	月	日 (歳)	性別 男・女
再接種を希望する予防接種	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) ※平成28年4月1日以後に生まれた方のみ <input type="checkbox"/> H i b感染症 (回) ※10歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 (回) ※6歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 四種混合 (ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、破傷風) (回) ※15歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (回) <input type="checkbox"/> 水痘 (回) ※平成26年10月1日以後に定期接種を受けた方のみ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回) <input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア、破傷風) (回) <input type="checkbox"/> 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) 播磨町骨髄移植後等における予防接種再接種費用助成に関する理由書 (様式第2号) (2) 母子健康手帳 (骨髄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日現在播磨町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わかる書類 (5) その他町長が必要と認める書類				