

日立市長 殿

申請者（保護者）住所
氏名

日立市骨髄移植等に係る予防接種再接種申請書

日立市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、再接種について確認が必要な事項等があるときは、関係医療機関等に問い合わせること及び情報提供することに同意します。

記

(ふりがな) 被接種者氏名		
生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)	
住 所	〒 日立市 (電話番号)	
再接種する予防接種の種類及び回数	不活化ポリオ (I P V)	1回・2回・3回・4回
	B C G	1回
	五種混合 (D T P - P - H i b)	1回・2回・3回・4回
	三種混合 (D P T)	1回・2回・3回・4回
	二種混合 (D T)	1回
	日本脳炎	1回・2回・3回・4回
	麻しん風しん (M R)	1回・2回
	麻しん	1回・2回
	風しん	1回・2回
	子宮頸がん予防 (H P V)	1回・2回・3回
	ヒブ (H i b)	1回・2回・3回・4回
	小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・4回
	水痘	1回・2回
	B型肝炎	1回・2回・3回
接種予定日、医療機関	接種予定日	年 月 日
	医療機関	<医療機関名> <医師名>

【添付書類】

- ・骨髄移植等に係る予防接種の再接種に関する意見書
- ・定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳の写し等）
- ・本人確認書類

※ 再接種する予防接種の種類及び回数が多い場合は、接種予定日は別紙としてください。