

(様式第1号) (第5関係)

須坂市骨髄移植等による予防接種の再接種費用助成事業補助金認定申請書

年 月 日

(あて先) 須坂市長

申請者

住 所

氏 名

印

電話番号

須坂市骨髄移植等による予防接種の再接種費用助成事業補助金の交付対象となる認定を受けたいので関係書類を添えて申請します。

被接種者	住所 須坂市		
	氏名	生年月日	年 月 日
再接種を希望する ワクチンの種類 (該当箇所に○)	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	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	
	四種混合	1回目・2回目・3回目・追加	
	二種混合	1回目	
	B C G	1回目	
	麻しん風しん混合	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	
	HPV	1回目・2回目・3回目	
	不活化ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加	
その他 ()	

(添付書類)

- 1 須坂市骨髄移植等による予防接種の再接種費用助成事業補助金に関する主治医意見書 (様式第2号)
- 2 母子健康手帳の定期予防接種の接種記録が記載されているページ又は定期予防接種に係る接種記録が確認できるものの写し