

豊岡市骨髄移植等における予防接種の再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

豊岡市長 様

豊岡市骨髄移植等における予防接種の再接種に対する助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、下記のとおり対象認定を申請します。

また、本申請書の内容に関し、市が保有する税情報を含む個人情報を見ることが及び当該内容に係る事実の確認のため医療機関等に照会することに同意します。

記

申請者 保護者	ふりがな 氏名				電話 番号		
	住所	〒			被接種者 との続柄		
被 接 種 者	ふりがな 氏名		男 女	生年 月日	年 月 日		
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入してください。					
再接種を受ける 医療機関	所在地	〒					
	名称				電話 番号		
再 接 種 が 必 要 な 予 防 接 種	<input type="checkbox"/> にチェックし、接種回数を○で囲んでください						
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回（ 1・2・3 ）回目、追加					
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（ 1・2・3 ）回目、追加					
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	（ 1・2・3 ）回目					
	<input type="checkbox"/> 四種混合	第1期初回（ 1・2・3 ）回目、追加					
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回（ 1・2・3 ）回目、追加					
	<input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん）	第1期、第2期					
	<input type="checkbox"/> 水痘	（ 1・2 ）回目					
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回（ 1・2 ）回目、追加、第2期					
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風	第2期					
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	（ 1・2・3 ）回目						

<添付書類>

- ・豊岡市骨髄移植等における予防接種の再接種費用助成対象認定にかかる理由書（様式第2号）
- ・定期予防接種の履歴が確認できる母子健康手帳の写し又は定期予防接種の履歴が確認できる書類の写し
- ・申請しようとする日の属する年度（4月から6月までの場合にあっては前年度）分の所得課税証明書（豊岡市に所得申告がない者に限る。）

<注意事項>

- 1 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種（結核を除く。）に限ります。
- 2 助成対象の認定日より前に接種を受けた予防接種については、助成の対象外となります。
- 3 本申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。