

年 月 日

（宛先）昭島市長

予防接種再接種費用助成申請書

申請者（被接種者又はその保護者）
住 所 保護者の場合
氏 名 続柄（ ）
電話番号

昭島市骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により次のとおり申請
します。

被 接 種 者	住所	☐ 申請者と同じ 電話番号		
	氏名	☐ 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
再接種を 行 う 予防接種 ※いずれかに ○をつけて ください。	※該当する定期予防接種に○をしてください。			
	H i b 感染症	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	小児用肺炎球菌	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
	B C G	1 回目		
	四種混合（DPT-IPV）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加		
	三種混合（DPT）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加		
	不活化ポリオ	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加		
	二種混合（DT）	2 期		
	麻しん風しん混合（MR）	1 期・2 期		
	麻しん	1 期・2 期		
	風しん	1 期・2 期		
	水痘	1 回目・2 回目		
	日本脳炎	1 期初回（1 回目・2 回目）・1 期追加・2 期		
	H P V 感染症	1 回目・2 回目・3 回目		
接 種 予 定 医 療 機 関	（病院 医院 診療所 施設）			
接種予定日	年 月 日 ～ 年 月 日			

※添付書類
・ 骨髓移植等の医療行為により定期予防接種抗体を失った者の再接種に係る意見書（第 2 号様式）
・ 母子健康手帳又は接種済みの記載がある予診票など、過去に受けた定期予防接種の記録が確認できるもの