

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

昭島市骨髄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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	電話番号			
被 接 種 者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	※該当する定期予防接種に○をしてください。			
再接種を 行 う 予防接種  ※いずれかに ○をつけて 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

- ・骨髄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