

宝塚市長 あて

申請日 年 月 日

申請者（保護者）

住所：宝塚市

氏名：

被接種者との続柄 ( )

骨髓移植後等の予防接種の再接種に係る助成認定申請書

骨髓移植後等の予防接種の再接種に係る助成の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、骨髓移植後等の予防接種の再接種に係る助成の認定を受けるにあたり、申請者及び申請者と同一世帯に属する者の市民税等の状況について、市民税課へ照会されることを承諾します。

記

被接種者	住所	宝塚市			
	フリガナ	電話 ( )			
	氏名			性別 男・女	
	生年月日	年 月 日			
再接種が必要な 予防接種の種類  (接種を希望するものに ○をつけてください)	ヒブ	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			
	3種混合	1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加			
	4種混合 (15歳未満のみ)	1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加			
	不活化ポリオ	1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加			
	麻しん・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 ・ 追加 ・ 2期			
	ジフテリア・破傷風2期				
	子宮頸がん予防	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			
接種予定医療機関	(医療機関名)	(電話番号)			
	(住所)				
送付先住所 <small>(現住所と同じ場合は記入不用)</small>	電話 ( ) 様方				
添付文書チェック欄	<input type="checkbox"/> 骨髓移植後等の予防接種の再接種に係る該当理由書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の予防接種記録ページ <input type="checkbox"/> 課税額が証明できるもの (市外からの転入者のみ対象)				
郵送先 : 〒665-0827 宝塚市小浜4丁目4番1号 宝塚市立健康センター 予防接種担当 宛 電話 : 0797-86-0056					

\*職員記入欄

- 住所 電話番号 氏名 生年月日 対象年齢 申請者 接種履歴 予防接種の種類 接種予定医療機関 理由書
- 課税証明書 還付申請書 窓口 郵便