

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

栗原市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成申請書

栗原市長 殿

申請者	住所	(〒 - )		
	フリガナ			
	氏名			
	電話番号		被接種者との関係	

栗原市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、次のとおり予防接種の再接種費用の助成を申請します。また、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況、税情報等）がある場合は、栗原市がその情報を関係機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ		男	生年月日
	氏名		・	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		
接種予定医療機関	(医療機関名)			
	(住所)		(電話番号)	
再接種を行う 予防接種の種類  ※いずれかに○をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ロタウイルス（1価）：1回目・2回目</li> <li>・ロタウイルス（5価）：1回目・2回目・3回目</li> <li>・ヒブ：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種</li> <li>・小児肺炎球菌：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種</li> <li>・四種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種</li> <li>・三種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種</li> <li>・不活化ポリオ（単独）：初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種</li> <li>・二種混合：2期</li> <li>・B型肝炎：1回目・2回目・3回目</li> <li>・麻しん・風しん（MR）：1期・2期</li> <li>・水痘：1回目・2回目</li> <li>・日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</li> <li>・子宮頸がん：1回目・2回目・3回目</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>			
接種予定日	年 月 日			

【添付書類】

- ① 栗原市造血幹細胞移植によるワクチン再接種に係る意見書（様式第2号）
  - ② 接種済みの予防接種の記録が確認できるもの（母子健康手帳等）の写し
- ※添付書類は、原則お返ししません。