

(宛先) 舞鶴市長

申請者 〒  
 住所  
 氏名 ⑩  
 電話番号  
 被接種者との続柄

舞鶴市骨髄移植後等の予防接種再接種助成金認定申請書

舞鶴市骨髄移植後等の予防接種再接種助成金交付要綱第5条第2項の規定により、次のとおり舞鶴市骨髄移植後等の予防接種再接種助成金の対象者であること等の認定を申請します。

(ふりがな) 被接種者氏名		
生年月日	年 月 日( 歳 か月)	
住 所	〒 舞鶴市	
再接種を行う 予防接種の種類 (種類に☑を、 回数に○を付 けてください。)	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	<input type="checkbox"/> 4種混合1期時における2 種混合(DT)	初回(1回目・2回目)・追加
	<input type="checkbox"/> 3種混合(DPT)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・追加・2期
	<input type="checkbox"/> 2種混合(DT)	2期
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
接種予定日	年 月 日	
接種予定 医療機関	医療機関名： 所在地： 電話：	
備 考		