様式第１号

福山市骨髄移植等患者の再接種費支給認定申請書

　　年　　　　月　　　　日

福山市長　様

申請者　　住所

名前

電話番号

被接種者との関係

　福山市骨髄移植等患者の再接種費支給要綱の内容を了承の上、福山市骨髄移植等患者の再接種費支給要綱第５条第１項の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

　なお、審査に当たり必要な情報について、医療機関に問合せすることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | □申請者と同じ（☑ありの場合、住所記入不要）  （申請者と異なる場合）  福山市 |
| 名前 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 再接種を希望する予防接種の種類  (該当する種類に☑と○) | □インフルエンザ菌ｂ型（Ｈｉｂ） 【１回目・２回目・３回目・追加】 | |
| □小児用肺炎球菌　　　　　　　　 【１回目・２回目・３回目・追加】 | |
| □Ｂ型肝炎　　　　　　　　　　　 【１回目・２回目・３回目】 | |
| □５種混合・４種混合・３種混合　 【１回目・２回目・３回目・追加】 | |
| □ＢＣＧ | |
| □麻しん・風しん混合（ＭＲ）　　 【１期・２期】 | |
| □水痘（水ぼうそう）　　　　　　 【１回目・２回目】 | |
| □日本脳炎　　　　　　　　　　　 【１期初回１回目・２回目・追加・２期】 | |
| □２種混合 | |
| □ヒトパピローマウイルス　　　　 【１回目・２回目・３回目】 | |
| □不活化ポリオ　　　　　　　　　 【１回目・２回目・３回目・追加】 | |
| 再接種予定  医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

2021-保予-649　A4

**※次の書類も併せて提出してください。再接種を行う予防接種は、任意接種となります。**

□　福山市再接種費支給認定に係る医師意見書（様式第２号）

　 （注意：医師意見書の発行に係る費用は、被接種者又は保護者の負担となります。）

□　骨髄移植等の前に受けた定期接種の履歴が確認できるもの（親子（母子）健康手帳の写し等）