

伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申 請 者 住 所

氏 名

再接種者との関係（ ）

連絡先

別紙「伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種理由書」に記載の理由により、次のとおり任意で予防接種の再接種を受けたいので、伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種事業補助金交付要綱第5条に基づき予防接種再接種実施依頼書の発行について申請します。

再接種者 (予防接種を 受ける人)	ふりがな		生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名			
	住 所			
接種を実施 する 医療機関	■医療機関名 _____			
	■所在地 _____			
	■電話番号 _____			
	■受診科名 _____		■主治医名 _____	
	■病名 _____			
再接種を 申請する 予防接種	種 類		回 数	
	☐ ヒブ (Hib) 【上限年齢：10 歳未満】		【1 歳以上 1 回のみ】	
	☐ 小児用肺炎球菌 【上限年齢： 6 歳未満】		【2 歳以上 1 回のみ】	
	☐ B 型肝炎			
	☐ 五種混合 (DPT-IPV-Hib) 【上限年齢：15 歳未満】			
	☐ 四種混合 (DPT-IPV) 【上限年齢：15 歳未満】			
	☐ 三種混合 (DPT)			
	☐ ポリオ (IPV)			
	☐ B C G 【上限年齢： 4 歳未満】			
	☐ 麻しん風しん混合 (MR)			
	☐ 麻しん			
	☐ 風しん			
	☐ 水痘			
	☐ 日本脳炎			
	☐ 二種混合 (DT)			
	☐ 子宮頸がん			

【添付書類】 この書類に次の書類を添付してください。

- (1) 伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種理由書（第2号様式）
- (2) 骨髓移植等が行われる前に補助成対象予防接種を受けていたことを証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類