

奈良市骨髄移植等予防接種再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）奈良市長

申請者 住 所

氏 名

再接種者との関係（ ）

連絡先

奈良市骨髄移植等予防接種再接種事業助成金交付要領第5条に基づき、次の通り申請します。
 なお、当該助成金の交付決定のために、この申請の内容について関係医療機関への照会を行うことに同意します。

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------|----------|----------|-----|-----|---|----|--|-----------------------------|
| 再接種者 (予防接種 を受ける 人) | フリガナ | | 生年 月日 | 年 月 日 | | | | | | |
| | 氏 名 | | | (満 歳 か月) | | | | | | |
| | 住 所 | 奈良市 | | | | | | | | |
| 再接種を 受ける 医療機関 | ■医療機関名： ■所在地： ■電話番号： | | | | | | | | | |
| 再接種を 申請する 予防接種 (※接種日 に奈良市の 住民である 必要があり ます) | ヒブ (Hib) | 1回目 | ・ | 2回目 | ・ | 3回目 | ・ | 追加 | 20 歳 の 誕 生 日 の 前 日 ま で | |
| | 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 | ・ | 追加 | | | | |
| | 五種混合 (DPT-IPV-Hib) | 1回目 | ・ | 2回目 | ・ | 3回目 | ・ | 追加 | | |
| | 四種混合 (DPT-IPV) | 1回目 | ・ | 2回目 | ・ | 3回目 | ・ | 追加 | | |
| | 三種混合 (DPT) | 1回目 | ・ | 2回目 | ・ | 3回目 | ・ | 追加 | | |
| | ポリオ (IPV) | 1回目 | ・ | 2回目 | ・ | 3回目 | ・ | 追加 | | |
| | 日本脳炎 | 第1期 (1回目 ・ 2回目 ・ 追加) | | | ・ | 第2期 | | | | |
| | 二種混合 (DT) | | | | | | | | | |
| | ヒトパピローウイルス感染症 | 1回目 | ・ | 2回目 | ・ | 追加 | | | | |
| | 麻しん風しん混合 (MR) | 第1期 | | ・ | 第2期 | | | | | |
| | 麻しん | | | | | | | | | |
| 風しん | | | | | | | | | | |
| 水痘 | 1回目 | ・ | 2回目 | | | | | | | 20 歳 以 上 も 可 |

- 【添付書類】 (1) 奈良市骨髄移植等予防接種再接種理由書（第2号様式）
 (2) 骨髄移植等が行われる前の定期予防接種の履歴が確認できるもの
 (3) その他市長が必要と認める書類