

第1号様式(第5条関係)

宇治市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 宇治市長

申請者住所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____

被接種者との続柄 _____

宇治市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成制度実施要項第5条の規定に基づき、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
被接種者住所及び電話番号	〒 _____ (電話番号) 宇治市		
再接種を行う予防接種の種類 ※いずれかに○を付けてください。	・BCG	:1回	
	・ヒブ	:初回(1回目 2回目 3回目)・追加	
	・小児用肺炎球菌	:初回(1回目 2回目 3回目)・追加	
	・B型肝炎	:1回目・2回目・3回目	
	・4種混合	:1期初回(1回目 2回目 3回目)・1期追加	
	・3種混合	:1期初回(1回目 2回目 3回目)・1期追加	
	・2種混合	:2期	
	・不活化ポリオ	:1期初回(1回目 2回目 3回目)・1期追加	
	・麻しん風しん(MR)	:1期・2期	
	・水痘	:1回目・2回目	
	・日本脳炎	:1期初回(1回目 2回目)・1期追加・2期	
・子宮頸がん予防(HPV)	:1回目・2回目・3回目		
接種予定日			
接種予定医療機関	(医療機関名) (住所)		
備考			