

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 _____ 印 _____

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			
被接種者氏名	生年月日	(和暦)	年 月 日
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	:初回接種(1回目 2回目 3回目) ・ 追加接種	
	・肺炎球菌	:初回接種(1回目 2回目 3回目) ・ 追加接種	
	・B型肝炎	:1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	・4種混合	:初回接種(1回目 2回目 3回目) ・ 追加接種	
	・3種混合	:初回接種(1回目 2回目 3回目) ・ 追加接種	
	・2種混合	:2期	
	・不活化ポリオ	:初回接種(1回目 2回目 3回目) ・ 追加接種	
	・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	: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) (電話番号)		
備考			