様式第１号

申請日　　年　　月　　日

骨髄移植者等予防接種再接種費用補助金認定申請書

（あて先）　宇都宮市長　佐　藤　栄　一

〒

申請者　住所

氏名

電話番号

宇都宮市骨髄移植者等予防接種再接種費用補助金交付要綱第６条の規定に基づき，補助金の交付の対象となるための認定を受けたいので，次のとおり申請します。

なお，予防接種について必要な情報（疾病等の情報）があるときは，宇都宮市長が，その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

対象者（接種を受ける人）	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	住所	宇都宮市	申請者に同じ
	生年月日	年　　月　　日	
保護者	氏名		申請者に同じ
	住所	宇都宮市	申請者に同じ

※医療機関記入欄

接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由（被接種者の疾病等の状況及び治療の内容など）				
再接種が必要な予防接種の種類		※裏面の「再接種が必要な予防接種の種類」にご記入ください。		
診断	医療機関名			
	医師サイン		電話番号	
	備考			

・添付書類　　母子健康手帳等の予防接種の記録が確認できる書類の写し

市使用欄 申請者　本人確認	個人番号カード，運転免許証（または運転経歴証明書），健康保険証，市民証，住基カード， 年金手帳，身体障がい者手帳，後期高齢者医療被保険者証，パスポート，その他（　　）

再接種が必要な予防接種の種類

ワクチンの種類	定期接種として接種済みの場合は〇	再接種が必要な場合は〇	接種予定年月
Ｂ型肝炎			１回目（　　年　　月）
			２回目（　　年　　月）
			３回目（　　年　　月）
ヒブ			※ヒブの再接種が必要な場合は，五種混合での接種をお願いします。
小児用肺炎球菌			１回目（　　年　　月）
			２回目（　　年　　月）
			３回目（　　年　　月）
			４回目（　　年　　月）
四種混合			※四種混合の再接種が必要な場合は，五種混合での接種をお願いします。
五種混合			１期初回１回目（　　年　　月）
			１期初回２回目（　　年　　月）
			１期初回３回目（　　年　　月）
			１期追加　　（　　年　　月）
三種混合			１期初回１回目（　　年　　月）
			１期初回２回目（　　年　　月）
			１期初回３回目（　　年　　月）
			１期追加　　（　　年　　月）
ポリオ			初回１回目　　（　　年　　月）
			初回２回目　　（　　年　　月）
			初回３回目　　（　　年　　月）
			追加　　（　　年　　月）
二種混合			２期　　（　　年　　月）
ＢＣＧ			年　　月
水痘			初回（　　年　　月）
			追加（　　年　　月）
麻しん風しん混合			１期（　　年　　月）
			２期（　　年　　月）
日本脳炎			１期初回１回目（　　年　　月）
			１期初回２回目（　　年　　月）
			１期追加　　（　　年　　月）
			２期　　（　　年　　月）
子宮頸がん			１回目（　　年　　月）
			２回目（　　年　　月）
			３回目（　　年　　月）

【注意１】骨髄移植者等予防接種再接種費用補助金により，公費負担で接種できるのは，過去に定期接種として接種している予防接種に限ります。過去に定期接種として接種していることが母子健康手帳等で確認できない場合は，補助金の対象になりませんのでご了承ください。また，平成３０年４月１日以降に再接種した予防接種でない場合も補助金の対象になりませんのでご了承ください。

【注意２】骨髄移植者等予防接種再接種費用補助金に該当する場合であっても，小児用肺炎球菌は６歳未満，五種混合（ヒブ・ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎・破傷風）は１５歳未満，ＢＣＧは４歳未満しか接種できませんのでご注意ください。