

仙台市骨髄移植等による予防接種の再接種費用助成申請書

(あて先) 仙台市長

申請者	住所	(郵便番号 —)		
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	Ⓜ
	電話番号		被接種者との関係	

仙台市骨髄移植等による予防接種の再接種にかかる費用の助成に関する要綱第8条に基づき、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。また、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況、税情報等）がある場合は、仙台市がその情報を関係機関に問い合わせることに同意します。なお、暴力団等との関係を有していないことを誓約し、説明を求められた際は誠実に対応します。

被接種者	フリガナ		男・女	生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		
接種予定医療機関		(医療機関名) (住所) (電話番号)		
再接種を行う 予防接種の種類 ※いずれかに○をつけてください		<ul style="list-style-type: none"> ・ B C G ・ ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 小児肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 四種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 ・ B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・ ロタウイルス : 1回目・2回目・3回目<small>※ロタテックのみ</small> ・ 不活化ポリオ（単独） : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 二種混合 : 2期 ・ 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				

【添付書類】

- ① 仙台市骨髄移植等による予防接種の再接種にかかる意見書（第2号様式）
- ② 接種済みの予防接種の記録が確認できるものの写し（母子健康手帳等）

※添付書類は原則お返ししません。

【注意事項】

- ① 助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ② この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ③ この申請により費用助成が決定する前に接種した予防接種は助成の対象になりません。