

再予防接種費用助成金認定申請書

年 月 日

倉敷市長 あて

申請者 住所 倉敷市.....

氏名

電話 - -

倉敷市骨髄移植等に伴う再予防接種費用助成金交付要綱第6条に基づき、次のとおり申請します。

被接種者	住 所	倉敷市			
	カ ナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	生 (歳 か月)
再予防接種実施予定日		年	月	日	日から一年間に実施するもの
再予防接種の種類 該当欄に○印を 付けてください	B型肝炎	1回目	2回目	追加	
	B C G	1回目			
	五種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	四種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	三種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	二種混合	1回目			
	ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加
	MR	1期	2期		
	麻しん	1期	2期		
	風しん	1期	2期		
	水痘	1回目	2回目		
	H i b	1回目	2回目	3回目	追加
	小児肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
	日本脳炎	1期 1回目	1期 2回目	1期追加	2期 1回目
HPV	1回目	2回目	3回目		
接種希望 医療機関	医療機関名				
	所在地				