

様式第1号（第6条関係）

湖南省造血幹細胞移植等による予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

湖南省長 宛

申請者

住 所

氏 名

被接種者との続柄 ()

電話番号

湖南省造血幹細胞移植等による予防接種再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

被接種者	住 所	湖南省		
	氏 名		生年月日	年 月 日
	保護者氏名		電話番号	
再接種を行う予防接種の種類	※該当箇所に○を付けてください。			
		B型肝炎	1回目	2回目 3回目
		ヒブ感染症	1回目	2回目 3回目 1期追加
		小児用肺炎球菌感染症	1回目	2回目 3回目 1期追加
		四種混合	1回目	2回目 3回目 1期追加
		二種混合（DT）		
		麻しん風しん混合（MR）	1期	2期
		水痘	1回目	2回目
		日本脳炎	1回目	2回目 1期追加 2期
		ヒトパピローマウイルス感染症	1回目	2回目 3回目
	その他 ワクチン名 ()	()	() ()	
	その他 ワクチン名 ()	()	() ()	
接種予定医療機関				
接種予定日		年 月 日 ~ 年 月 日		

- ※添付書類 ・湖南省造血幹細胞移植等による予防接種再接種に係る意見書（様式第2号）
- ・定期予防接種の接種記録が確認できる書類（母子健康手帳等）の写し