

# 神戸市骨髄移植後等の予防接種の再接種費用助成対象認定申請書

申請日 令和 年 月 日

神戸市長 あて

神戸市骨髄移植後等の予防接種の再接種に対する助成事業実施要綱の規定に基づき、助成金の交付対象となるための認定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

「兵庫県骨髄移植等の予防接種の再接種に対する助成事業実施要綱」第5条に規定する助成対象者（所得制限あり）の確認のため、助成対象者と同一世帯に属する者の市民税課税台帳や住民基本台帳、生活保護受給状況について神戸市が関係機関に問い合わせることに同意します。

氏名（保護者等） \_\_\_\_\_ 印

※同意されない場合は、別途書類の提出が必要になります。

申請者氏名 (保護者等)	被接種者との続柄 ( )		
被接種者	フリガナ		
	氏 名 ( 男 ・ 女 )		
	平成・令和 年 月 日生 (満 歳 か月)		
被接種者住所	〒 (日中連絡のつく電話番号を記載してください) Tel		
接種を受ける 医療機関	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
再接種を行う 予防接種	ワクチン種類	該当するものに○印をつけてください	
	・B型肝炎	1回目・2回目・3回目	すべて
	・小児肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	すべて
	・Hib(ヒブ)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	すべて
	・四種混合(DPT-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	すべて
	・三種混合(DPT)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	すべて
	・不活化ポリオ(IPV)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	すべて
	・麻しん風しん混合(MR)	1期・2期	すべて
	・麻しん	1期・2期	すべて
	・風しん	1期・2期	すべて
	・水痘	初回・追加	すべて
	・日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	すべて
・二種混合(DT)	2期	すべて	
・ヒトパピローマウイルス(HPV)	1回目・2回目・3回目	すべて	
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 予防接種記録が確認できる書類の写し(母子健康手帳など) <input type="checkbox"/> 世帯全員分の市民税・県民税(所得・課税)証明書(申請年の1月1日現在神戸市に住民票のない方のみ)		