

様式第1号（第6条関係）

福津市造血細胞移植後の任意予防接種助成対象者認定申請書

（あて先）福津市長

年 月 日

申請者 住所 福津市

氏名

被接種者との続柄（ ）

電話番号（ ） —

福津市造血細胞移植後の任意予防接種助成金交付要綱に基づく助成対象者の認定を受けたいので、同要綱第6条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 被接種者

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		

2 予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

予防接種の種類	※希望する予防接種を○で囲んでください。	
	B型肝炎	: 1回目・2回目・3回目
	小児用肺炎球菌	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	五種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	ヒブ	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	三種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	不活化ポリオ	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	二種混合	: 2期
	B C G	: 1回
	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
接種予定医療機関		

3 添付書類

- (1) 造血細胞移植後の任意予防接種費用助成に関する意見書
- (2) 母子健康手帳等（造血細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）
- (3) 被接種者の本人確認ができる書類