様式第１号（第５条関係）

古賀市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

（宛先）古賀市長

　　　年　　月　　日

申請者　住所　古賀市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

電話番号（　　　　）　　　　　－

　古賀市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱に基づく補助対象者の認定を受けたいので、同要綱第５条第１項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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | □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〇で囲んでください。  B型肝炎　　　　　　　　：１回目・２回目・３回目  ヒブ　　　　　　　　　　：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加  小児用肺炎球菌　　　　　：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加  四種混合　　　　　　　　：１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加  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  BCG　　　　　　 　 ：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) 健康保険証（被接種者）など本人が確認できる公的な書類

(２) 古賀市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書（様式第２号）

(３) 母子健康手帳など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