

年 月 日

足利市長 宛て

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 接種対象者との続柄 _____
 電話番号 _____

足利市骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する
 任意予防接種費用助成対象者認定申請書

下記のとおり、足利市骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成事業を利用したいので申請します。

なお、申請内容について、必要に応じ市が保有する接種対象者と保護者の個人情報を閲覧すること及び足利市骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成認定に係る医師意見書を作成した医療機関に問い合わせることについて同意します。

記

接種対象者	住所			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	（ 歳 か月）	
希望する 予防接種の 種類	ヒブ（Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	四種混合（DPT-IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	三種混合（DPT）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	不活化ポリオ（IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	BCG	1回目		
	麻しん・風しん混合（MR）	第1期・第2期・第3期・第4期		
	麻しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
	風しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
	水痘	1回目・2回目		
	日本脳炎	第1期初回（1回目・2回目）・第1期追加・第2期		
	二種混合（DT）	第2期		
ヒトパピローマウイルス感染症（HPV）	1回目・2回目・3回目			
接種予定 医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			

（添付書類） 医師意見書（別記様式第 2 号）

定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳の写し等