

様式第1号（第6条関係）

大野城市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象者認定申請書

年 月 日

大野城市長 宛

申請者 住所
氏名
対象者との関係（ ）
電話番号

大野城市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象者として認定を受けたいので、大野城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（令和5年要綱第97号）第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、認定の判定に際して、市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

1 対象者

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏名			
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。	不活化ポリオ（IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	BCG	1回
	四種混合（DPT-IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	三種混合（DPT）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	二種混合（DT）	2期
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	麻しん風しん混合（MR）	1期・2期
	麻しん	1期・2期
	風しん	1期・2期
	子宮頸がん（HPV）	1回目・2回目・3回目
	ヒブ（Hib）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	小児用肺炎球菌	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	水痘	1回目・2回目
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
接種予定 医療機関名		

【添付書類】

- 大野城市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成に関する理由書（様式第2号）
- 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）