

小郡市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成認定申請書  
小郡市長 あて

申請者 住所

氏名 (接種者との続柄 : )

電話番号

小郡市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業実施要綱に基づく対象者の認定を受けたいので、同要綱第5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。

接種を受ける者	住所	小郡市			
	ふりがな		男	生年月日	年 月 日
	氏名		女		( 才 ヶ月)
保護者氏名					
予防接種の種類 ※○をつけてください	1. インフルエンザ菌b型(Hib) ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ) 2. 小児用肺炎球菌 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ) 3. B型肝炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) 4. BCG 5. 五種混合 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ) 6. 四種混合 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ) 7. 三種混合( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ) 8. ポリオ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ) 9. 麻しん風しん混合(MR) ( 第1期 ・ 第2期 ) 10. 水痘 ( 1回目 ・ 2回目 ) 11. ジフテリア・破傷風(二種混合) 12. 日本脳炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 第2期 ) 13. ヒトパピローマウイルス ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )				

【注意事項】・接種時に小郡市に住所の登録が無い場合は対象となりません。

< 市記入欄 >

上記のとおり申出がありましたので、認定書を発行してよろしいか伺います。

受付印

課長	課長補佐	係長	係

確認欄	
住所	
年齢	
医師	