

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

接種者が未成年の場合  
 申請者は保護者です

申請者 住所 小郡市二森〇〇-〇  
 氏名 小郡 花子 (接種者との続柄 : 母)  
 電話番号 0942-72-〇〇〇〇

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	小郡市二森〇〇-〇			
	ふりがな	おごおり たろう	男	生年月日	平成〇〇年 10月 1日
	氏名	小郡 太郎	女		( 7才 1ヶ月)
保護者氏名	小郡 花子				
予防接種の種類 ※〇をつけてください	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. 四種混合 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ) 6. ポリオ ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ) 7. 麻しん風しん混合(MR) ( 第1期 ・ 第2期 ) 8. 水痘 ( 1回目 ・ 2回目 ) 9. 三種混合2期(二種混合) 10. 日本脳炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 第2期 ) 11. 子宮頸がん ( 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 欄 に 記 入 し な い で く だ さ い	係長	係	確認欄	住所	受付印
				年齢	
		医師			