

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認定申請書

(あて先) 札幌市長

申請者 (被接種者が18歳未満の場合は保護者)

〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(被接種者との続柄 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

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要綱第6条の規定に基づき、次のとおり予防接種の実施を申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報(疾病の状況等)があるときは、札幌市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 札幌市 区
	(ふりがな) 氏 名	( <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)
	生 年 月 日	平成 年 月 日生 (満 歳 ケ月)
接 種 を 希 望 す る 予 防 接 種	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎 (DPT-IPV) ( 回)	
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 (ポリオ) ( 回)	
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん (MR) ( 回)	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 ( 回)	
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風 (DT) ( 回)	
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型 (Hib) ( 回)	
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 ( 回)	
	<input type="checkbox"/> HPV (ヒトパピローマウイルス感染症) ( 回)	
	<input type="checkbox"/> 水 痘 ( 回)	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 ( 回)	
接 種 医 療 機 関	医療機関名	
	所 在 地	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 (第2号様式)	
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の予防接種記録が記載されているページ等の写し	

(収受印欄)