

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

私は、標記要綱第6条に基づき次のとおり予防接種の実施を申請します。なお、申請にあたり下記事項に誓約・同意します。

【誓約・同意事項】

- 本申請分の予防接種について、他の自治体から費用の助成を受けたことはありません。
- 補助事業等の目的等に照らし、補助金等の交付を受けることが公益上不適当と認められる法令違反をしていません。
- 支給額の決定のため札幌市が必要と認めるときは、受診医療機関へ照会を行うことに同意します。
- 申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意します。
- 札幌市暴力団の排除の推進に関する条例(平成25年条例第6号。以下「暴排条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団関係者、暴排条例第2条第2号に規定する暴力団員、暴排条例第7条第1項に規定する暴力団関係者ではありません。

(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 _____

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 札幌市 区 _____ —
	(フリガナ) 氏 名	_____ (□男・□女)
	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)
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・ヒブ (DPT-IPV-Hib) (回)	
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風 (DPT) (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)	

(裏面に続く)

	<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）
添付書類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の表紙および予防接種記録が記載されているページの写し

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。