

令和 年 月 日

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	☐ 申請者と同じ ☐ 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	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・ヒブ(DPT-IPV-Hib) (回)	
	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎(DPT-IPV) (回)	
	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風(DPT) (回)	
	☐ 急性灰白髄炎(ポリオ) (回)	
	☐ 麻しん・風しん(MR) (回)	
	☐ 日本脳炎 (回)	
	☐ ジフテリア・破傷風(DT) (回)	
	☐ インフルエンザ菌b型(Hib) (回)	
	☐ 小児用肺炎球菌 (回)	
	☐ HPV(ヒトパピローマウイルス感染症) (回)	
	☐ 水 痘 (回)	
	☐ B型肝炎 (回)	
接 種 医 療 機 関	医療機関名	
	所 在 地	
添 付 書 類	☐ 主治医意見書(第2号様式)	
	☐ 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等の写し	

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。