

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

太宰府市長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

太宰府市造血細胞移植後の任意予防接種助成対象者認定申請書

太宰府市造血細胞移植後の任意予防接種助成事業実施規則に基づく助成対象者の認定を受けたいので、同規則第6条第1項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。

記

1. 被接種者

氏名		生年月日	年 月 日
住所			

2. 予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

予防接種の種類 ※希望する 予防接種を ○で囲んで ください。	不活性ポリオ(IPV)	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
	BCG	1 回
	四種混合(DPT-IPV)	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
	三種混合(DPT)	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
	二種混合(DT)	2 期
	日本脳炎	1 期初回（1 回目・2 回目）・1 期追加・2 期
	麻しん風しん混合(MR)	1 期・2 期
	麻しん・風しん	1 期・2 期
	子宮頸がん予防(HPV)	1 回目・2 回目・3 回目
	ヒブ(Hib)	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
	小児用肺炎球菌	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
	水痘	1 回目・2 回目
B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
接種予定 医療機関名	医療機関名： 医療機関所在地：	電話番号：

3. 添付書類

- (1) 太宰府市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種に係る理由書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳等（造血細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）