

(様式1)

福岡市造血細胞移植により免疫が失われた小児への任意予防接種費用助成対象認定申請書

(記入日) 年 月 日

(あて先) 福岡市長

造血細胞移植により免疫が失われた小児への任意予防接種費用助成について、次のとおり申請します。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、福岡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。

(ふりがな)				
申請者氏名 (保護者等)	(自署または記名押印)			
連絡先	( ) -	受ける人との続柄		
住 所 (住民票所在地)	〒 - 福岡市 区			
(ふりがな)				
受ける人の 氏 名				
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	性別	男・女	
受ける人の 住 所	〒 - ※申請者と同じ場合は記入不要 福岡市 区			
移植を受けた医 療機関名				
添付文書 チェック欄	<input type="checkbox"/> 主治医の意見書 (様式2号) <input type="checkbox"/> 予防接種記録が確認できる書類の写し等			

福岡市受付欄