

年 月 日

行橋市長 殿

（申請者）住 所 行橋市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

行橋市造血細胞移植後の任意接種費用補助認定申請書

行橋市造血細胞移植後の任意接種費用補助金交付要綱に基づく補助対象者の認定を受けた  
 いので、同要綱第4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

被接種者	氏 名	(ふりがな)
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ
予 防 接 種 名 (依頼する予防接種名の欄に○印を入れて下さい)		
四種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・ 1 期追加	
三種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・ 1 期追加	
不活化ポリオ	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・ 追加	
二種混合	2 期	
日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目 )・ 1 期追加 ・ 2 期	
ヒブ (Hib)	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・ 追加	
小児用肺炎球菌	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・ 追加	
麻しん風しん混合 (MR)	1 期 ・ 2 期	
BCG	1 回	
水痘	1 回目・2 回目	
B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目	
接種予定医療機関		

【添付書類】

1. 行橋市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助認定に係る意見書（様式第2号）
2. 母子健康手帳などの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