

様式第1号（第5条関係）

糸島市造血細胞移植により免疫が低下又は消失した小児等への任意予防接種費用助成対象認定申請書

（申請日） 年 月 日

糸島市長 様

造血細胞移植により免疫が低下又は消失した小児等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、糸島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）	〒 糸島市		
（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	〒 糸島市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記入不要）		
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（様式第2号） <input type="checkbox"/> 定期予防接種記録が確認できる書類の写し等		