

久留米市造血細胞移植後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) 久留米市長

造血細胞移植により免疫が失われ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、久留米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。また、申請内容に変更が生じたときは、速やかに届け出ます。

| | | | |
|--------------------------|--|----------|-----|
| (ふりがな) | | | |
| 申請者氏名 (保護者等) | | | |
| 連絡先 | () - | 受ける人との続柄 | |
| 住 所 | 〒 - | | |
| (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 (住民票所在地) | 〒 - ※申請者と同じ場合は記入不要 久留米市 | | |
| 移植を受けた 医療機関名 | | | |
| 添付文書 チェック欄 | <input type="checkbox"/> 久留米市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成に関する医師の意見書 (様式2) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳など造血細胞移植前の定期予防接種の接種歴が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 予防接種スケジュールがわかるもの | | |

| |
|---------|
| 久留米市受付欄 |
| |