

大垣市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用支援事業補助金交付申請書

年 月 日

（あて先）大垣市長

申請者（保護者）住所

氏名 ㊟

接種対象者との続柄（ ）

電話

大垣市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用支援事業補助金交付要綱第5条第2項の規定により、大垣市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用支援事業補助金の交付を申請します。

なお、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、大垣市長がその情報を関係医療機関等に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 大垣市
	(フリガナ) 氏 名	(<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女)
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳 か月)
接種を希望する予防接種	<ul style="list-style-type: none"> ・ 四種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } ・ 二種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・ 第2期 } ・ 麻しん・風しん { 第1期・第2期 } ・ 日本脳炎 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・ 第2期 } ・ 急性灰白髄炎 (ポリオ) { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } ・ Hib (ヒブ) 感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } ・ 小児用肺炎球菌感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } ・ ヒトパピローマウイルス感染症 { 1回・2回・3回 } ・ 水痘 { 1回・2回 } ・ B型肝炎 { 1回・2回・3回 } 	
接種医療機関	医療機関名	
	所在地	
添付書類	<input type="checkbox"/> 大垣市骨髄移植等の理由による任意予防接種に関する医師意見書（第2号様式） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ等の写し	