

第1号様式（第6条関係）

板橋区骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する  
任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（宛先）板橋区長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
接種対象者との続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり板橋区骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成事業を利用したいので、板橋区骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条により申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて区が保有する私及び接種対象者の個人情報を見ることが及び板橋区骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成認定に係る医師意見書を作成した医療機関に問い合わせることに同意します。

記

接種対象者	住 所			
	ふりがな			
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		
希望する予防 接種の種類	ヒブ（Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	四種混合（DPT-IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	三種混合（DPT）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	不活化ポリオ（IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	B C G	1回目		
	麻しん風しん混合（MR）	第1期・第2期・第3期・第4期		
	麻しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
	風しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
	水痘	1回目・2回目		
	日本脳炎	第1期初回（1回目・2回目）・第1期追加・第2期		
	二種混合（DT）	第2期		
	ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目		
接種予定 医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			

（添付書類）

- 1 板橋区骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成認定に係る医師意見書（第2号様式）
- 2 骨髄移植等の実施以前の定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳の写し、その他当該定期予防接種を接種したことを証する書類