（様式１）

**北九州市骨髄移植等により免疫が低下又は消失した小児へ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）北九州市長

骨髄移植等により免疫が低下又は消失した小児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、北九州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） | 〒　　　　－  北九州市　　　　区 | | | | |
| （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 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請者と同じ場合は記入不要  北九州市　　　　区 | | | | |
| 治療を受けた  医療機関名 |  | | | | |
| 添付文書  チェック欄 | □主治医の意見書（様式２号）　□予防接種記録が確認できる書類の写し等 | | | | |

|  |
| --- |
| 北九州市受付欄 |
|  |