

様式第1号

釧路市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

釧路市長 あて

郵便番号
住 所
申請者氏名
(保護者)
電話番号

捨印
印 

次のとおり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の認定申請を行います。

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、釧路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。

接種対象者	フリガナ 氏 名	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一
	生 年 月 日	年 月 日
予防接種	種類及び回数	※複数回接種する場合は回数まで記載
	接種予定時期	※上記の中で始めに接種予定の予防接種の時期
接種医療機関	名 称	
	所 在 地	電話番号

添付書類

- ・釧路市骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する助成に関する医師意見書（様式第2号）
- ・母子健康手帳などの定期予防接種の接種歴が確認できる書類