様式第1号（第5条関係）

**岐阜市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書**

　年　　月　　日

　（あて先）岐阜市長

　申請者（保護者）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　接種対象者との続柄（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

岐阜市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第5条第2項の規定により、岐阜市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用助成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、岐阜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下記の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 | * 申請者と同じ * 岐阜市 | |
| （フリガナ）  氏名 | （□男・□女） | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生　　（満　　　歳　　か月） | |
| 接種を希望する予防接種 | ・五種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}  ・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　}  ・三種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}  ・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　}  ・ポリオ　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}  ・Hib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 | * 岐阜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（様式第2号） * 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 | | |