

## 京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成申請書

年 月 日

（宛先） 京 都 市 長

申請内容の確認で御連絡をする場合がありますので、携帯電話など、連絡の取りやすい番号を御記入ください。

申請者 住 所 〒**0000-0000**  
**京都市00区00町00番地**

電話番号 **000-000-0000**

ふりがな **きょうと はなこ**  
 氏 名 **京都 花子**

被接種者との続柄 **母**

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成制度実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。

ふりがな	<b>きょうと たろう</b>		
被接種者氏名	<b>京都 太郎</b>	生年月日	(和暦)平成00年 00月 00日
被接種者住所 及び電話番号	〒 京都市 区	電話番号	<b>申請者と同じ</b>
再接種を行う 予防接種の種類 <small>*いずれかに○を付けてください。</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・BCG : 1回</li> <li>・ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）<b>追加接種</b></li> <li>・小児肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）<b>追加接種</b></li> <li>・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目</li> <li>・ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ : 1期初回（1回目・2回目・3回目）<b>追加接種</b></li> <li>・ジフテリア・破傷風 : 2期</li> <li>・不活化ポリオ（単独） : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種</li> <li>・麻しん・風しん（MR） : 1期 ・ 2期</li> <li>・水痘 : 1回目・2回目</li> <li>・日本脳炎 : 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</li> <li>・ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん） : 1回目・2回目・3回目</li> </ul>		
接種予定日	<b>0月0日（予定）</b>		
接種予定医療機関	（医療機関名） <b>00医院</b> （住所） <b>京都市00区00町00番地</b> （電話番号） <b>000-000-0000</b>		
備考			
添付文書 チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書（第2号様式） <input checked="" type="checkbox"/> 予防接種記録が確認できる書類の写し等		

申請時点で、可能な範囲で接種予定日を御記入ください。未定の場合は、大まかな予定（例：0月中旬）を御記入ください。