

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

申請者 住 所 _____

電話番号 _____

ふりがな _____

氏 名 _____

被接種者との続柄 _____

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			
被接種者氏名	生年月日	(和暦)	年 月 日
被接種者住所 及び電話番号	〒	電話番号	
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>	京都市 区 ・BCG : 1回 ・ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・小児肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・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）・追加接種 ・ジフテリア・破傷風 : 2期 ・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 ・麻しん・風しん（MR） : 1期・2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 ・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		
接種予定日			
接種予定医療機関	(医療機関名) (住所) (電話番号)		
備考			
添付文書 チェック欄	<input type="checkbox"/> 主治医意見書（第2号様式） <input type="checkbox"/> 予防接種記録が確認できる書類の写し等		