

様式第1号（第5条関係）

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象者認定申請書

勝山市長

年 月 日

申請者 住所 勝山市

氏名 (続柄 )

電話番号

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱に基づく助成対象者の認定を受けたいので、同要綱第5条第1項の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 被接種者

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		

2 再接種に係る予防接種名

--

3 再接種の実施予定医療機関

接種予定医療機関	<医療機関名>
	<医療機関住所>
	<医師名>

4 添付書類

- (1) 骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成に関する意見書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳等、過去に受けた定期予防接種の履歴が確認できるものの写し