

大竹市長様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 被接種者との関係 \_\_\_\_\_

定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

大竹市骨髄移植患者等の定期予防接種ワクチン再接種費用助成要綱第5条第1項の規定に基づき、助成の対象者認定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、対象認定の審査にあたり必要となる情報について、担当職員が住民基本台帳等により確認することについて同意します。

被 接 種 者	住 所	※申請者と同じ場合は「同上」と記入してください。
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
再接種を希望する 予防接種の種類		
再接種予定 医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	

添付書類

- 1 定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る医師意見書（別記様式第2号）
- 2 骨髄移植等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳の写しなど）