

別記様式第5号（第8条関係）

精華町骨髄移植後等の予防接種再接種実施報告書

年 月 日

精華町長 様

申請者 住 所 精華町

氏 名

電話番号

精華町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、次のとおり報告します。

記

1 申請内容

| | | | |
|------------------------|----------------------------|----------|--------|
| フリガナ ----- 対象者氏名 | | 生年 月日 | 年 月 日生 |
| 対象者住所 | 〒 | | |
| 再接種に係った費用 | 円 | | |
| 再接種を行った 予防接種の種類 | | | |
| 再接種医療機関 | 医療機関名： 住 所： 電 話 番 号： | | |
| 再接種日 | 年 月 日 | | |

2 添付書類

- (1) 再接種に係る費用の領収書
- (2) 任意の定期予防接種の再接種内容が記録されているもの
- (3) その他 ()