

別記様式第1号（第5条関係）

精華町骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成交付申請書

年 月 日

精華町長 様

申請者 住 所 精華町

氏 名

電話番号

精華町骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

記

1 申請内容

フリガナ ----- 被接種者氏名		生年 月日	年 月 日生
被接種者住所 及び電話番号	〒 電話番号 精華町		
再接種を行う予 防接種の種類			
接種予定 医療機関	医療機関名： 住 所： 電 話 番 号： 接種予定日：		
備考			

2 添付書類

- (1) 精華町骨髓移植後等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者の再接種費用助成に係る意見書（別記様式第2号）
- (2) 定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳等）
- (3) その他（ ）