

益城町長 様

申請者 住所
氏名
電話
被接種者との関係

益城町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

益城町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象者の認定を受けたいので、益城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6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

| | | |
|---------------------|------|-------|
| 被接種者 | 氏名 | |
| | 住所 | 益城町 |
| | 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 | |

添付書類

- (1) 再接種に関する医師の意見書（別記第2号様式）
- (2) 再接種前に受けた定期予防接種の履歴が記録されている母子健康手帳の写し又は当該履歴が確認できるものの写し