

様式第1号（第5条関係）

綾部市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成対象認定申請書

年 月 日

綾部市長 様

申請者氏名（保護者等）㊟
住所
接種対象者との続柄
電話番号

綾部市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、助成の対象認定を申請します。

| | |
|----------|-------|
| ふ り が な | |
| 要再接種者氏名 | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 住 所 | |
| 接種予定医療機関 | 医療機関名 |
| | 所在地 |
| | 電話番号 |

申請者確認書類：運転免許証・健康保険証・その他（ ）

※ 添付書類

- 1 綾部市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成事業に係る医師意見書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳（骨髄移植その他の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）又は当該履歴が確認できる書類の写し