

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

上里町長 あて

申請者 住所
氏名
被接種者との続柄
連絡先

上里町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金認定申請書

上里町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり再接種費用の助成の認定を申請します。なお、審査に際して確認等が必要な場合には、町が接種予定医療機関等に問合せをすることに同意します。

被 接 種 者	住 所	
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
保護者氏名		
医 療 機 関 接 種 予 定	住 所 地	
	医療機関名	
	連 絡 先	
再接種を希望する予 防接種		

【添付書類】

- 上里町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金に係る意見書 (様式第2号)
- 母子健康手帳 (骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の予防接種の履歴が確認できること。) 又は当該履歴が確認できるものの写し