

様式第1号

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

年 月 日

井原市長 様

申請者 住所  
氏名 続柄( )  
電話 ( ) -

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象の認定を次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	井原市
	保護者氏名	(申請者が被接種者本人の場合、記入不要)
再接種する予防接種の種類		
接種予定日	年 月 日	
接種希望医療機関	住所 医療機関名 ☎ ( ) -	

【添付書類】

- 1 骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成に関する理由書 (様式第2号)
- 2 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定期予防接種の履歴が確認できるもの) または当該履歴が確認できるものの写し