

別記第1号様式（第6条関係）

音更町骨髄移植患者等ワクチン再接種費用補助対象認定申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者（保護者） 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

音更町骨髄移植患者等ワクチン再接種費用補助金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、町長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	住 所	※申請者と同一の場合は、記入不要
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
予防接種	種 類	
	接種予定日	
接種医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
通知書類送付先	1 現住所	
	2 滞在先住所 〒 ー	

添付書類

- (1) 音更町骨髄移植患者等ワクチン再接種費用補助に関する理由書（別記第2号様式）
- (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）又は当該履歴が確認できるものの写し