

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

佐々町長 様

申請者 住 所 佐々町
氏 名
電話番号
(再接種を受ける者との関係)

佐々町造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成交付申請書

佐々町造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条第2項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

1 申請内容

フリガナ 再接種を受ける者 の氏名		生年 月日	年 月 日 (満 歳)
再接種を受ける者 の住所	〒 佐々町	性別	男・女
再接種の理由			
再接種する 予防接種の種類			
再接種を受ける 医療機関	【医療機関名】 【所在地】 【電話番号】 【担当医師名】		

2 関係書類

- (1) 佐々町予防接種再接種費用助成に関する理由書(様式第2号)
- (2) 造血幹細胞移植を受ける前の再接種を受ける者の定期予防接種の履歴が確認できるもの