様式第１号（第６関係）

ワクチン再接種費用助成金交付対象者認定申請書

　大町市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との関係　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成金の交付対象者の認定を受けたいので関係書類を添えて申請します。

なお、この助成金の交付対象者の認定について、必要に応じて、被接種者のワクチン再接種に係る情報その他の情報を、受診医療機関へ問い合わせること及び提供することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 |  　氏　　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
|  　住　　所 |  |
|  　電話番号 |  |
| 再接種を希望するワクチンの種類 |  |

（添付書類）

１　造血幹細胞移植後のワクチン再接種に関する主治医意見書（様式第２号）

２　母子健康手帳（ワクチン再接種が必要となる以前の定期の予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し