洲本市骨髄移植等後予防接種再接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

洲本市長　　　　　　　　　様

住　　所

氏　　名

（接種対象者との続柄　　　　　　）

電話番号　（　　　　）　　　　―

洲本市骨髄移植等後予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、接種対象者の属する世帯の全員の同意の上、洲本市骨髄移植等後の予防接種の再接種に対する助成事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

予防接種の再接種の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日等 | 　　　　年　　月　　日（男・女） |
| 再接種する予防接種の種類及び回数 |  |
| 接種医療機関の希望 | 所在地 |  |
| 名称 |  |

【添付書類】

１　洲本市骨髄移植等後の予防接種の再接種に関する理由書（様式第２号）

２　母子健康手帳（出生の年月日及び骨髄移植等の実施前の定期の予防接種の履歴が確認できるものに限る。）の写し

３　接種対象者及び接種対象者の属する世帯の全ての者の市町村民税に係る納税証明書

４　その他市長が必要と認める書類