第1号様式（第5条関係）

桜井市骨髄移植等後の予防接種再接種費助成対象認定申請書

年　　月　　日

（宛先）桜井市長

申請者

住　所

接種対象者との続柄

電話番号

桜井市骨髄移植等後の予防接種再接種費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、助成の対象者認定を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 接種対象者氏名 | (フリガナ) |
|  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　（　　　　歳 　　か月） |
| 住所 | 〒桜井市 |
| 接種予定医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |

申請者確認書類：運転免許証・健康保険証・その他（　　　　 　　　　）

※ 添付書類

① 桜井市骨髄移植等後の予防接種再接種費助成事業に係る医師意見書（第２号様式）

② 母子健康手帳（骨髄移植等の治療実施前の定期予防接種に係る履歴が確認できるもの）

又は定期予防接種に関する履歴が確認できるものの写し