

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

西都市長 様

申請者(保護者)
氏 名 (被接種者との続柄)
住 所
連絡先

西都市造血細胞移植等後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

西都市造血細胞移植等後の任意予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定による助成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、必要な情報(疾病の状況等)があるときは、西都市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

ふりがな	☐ 申請者と同じ		生 年 月 日
被接種者の氏名			年 月 日
住 所	☐ 申請者と同じ	西都市	
移植等を受けた医療機関	医療機関名 連絡先		
予防接種予定医療機関	医療機関名 連絡先		

- 添付文書 ☐ 医師の意見書(様式第2号)
☐ 定期予防接種の記録が確認できる書類
☐ 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し(申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの)