

様式第1号(第6条関係)

骨髄移植手術等実施後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

葛城市長 様

申請書(助成対象者) 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

葛城市骨髄移植手術等により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、予防接種について必要な情報(疾病の状況等)があるときは、市長がその情報を関係医療機関に問い合わせることに同意します。

接種対象者	住 所	〒 _____
	氏 名	フリガナ _____
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
保護者氏名		接種対象者との続柄 ()
連絡先電話番号		_____
予防接種	種 類	
	接種予定日	
実施医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	
通知書類送付先		1 現住所
		2 滞在先住所
		〒 _____

- 添付書類 (1) 骨髄移植手術等実施後の任意予防接種費用助成に関する理由書
(2) 接種対象者の母子健康手帳(骨髄移植手術等を受ける以前の定期予防接種の接種履歴が確認できるもの)又は当該履歴が確認できるものの写し