

別 記

第 1 号様式 (第 5 条関係)

年 月 日

(あて先) 酒々井町長

申請者 住 所

氏 名

接種者との続柄

電話番号

酒々井町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書

酒々井町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

1 助成対象者

ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日 年 齢	年 月 日 歳 か月
住 所			

2 接種理由書 (医師記入欄)

再接種が 必要な理由	
今回接種し た予防接種 の種類	
医 療 機 関 名・医 師 名	医療機関名  医師名

添付書類

- 1 予防接種を受けたことを証明する書類 (母子健康手帳等) の写し
- 2 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書

同意欄

予防接種について必要な情報があるときは、酒々井町が医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

申請者自署