

別記様式第1号（第5条関係）

大山崎町骨髄移植後等の予防接種再接種費助成対象認定申請書

年 月 日

大山崎町長

申請者（保護者・自署）

住所 大山崎町

接種対象者との続柄 父・母・その他（ ）

電話番号

大山崎町骨髄移植後等の予防接種再接種費助成実施要綱第5条の規定に基づき、助成の対象者認定を申請します。

接種対象者名		男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 生	（ 歳 か月）
住 所	〒618- 大山崎町	
接種予定医療機関	医療機関名	
	所在地	

本人確認書類：母子健康手帳・運転免許証・健康保険証・その他（ ）

※添付書類

- ①大山崎町骨髄移植後等の予防接種再接種費助成に係る医師意見書（別記様式第2号）
- ②母子健康手帳（大山崎町骨髄移植後等の予防接種再接種実施前の定期予防接種の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