

様式第1号

年 月 日

常総市長 殿

申請者 住 所

氏 名

㊞

電話番号

骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請書

骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請をします。

被 接 種 者	住 所		
	ふ り が な		性 別
	氏 名		男 ・ 女
	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳 月)	
理由書・医師記入欄	再接種の理由		
	今回再接種する予防接種の種類		
	医療機関名・医師名 医療機関所在地 印		

添付書類

- ・母子健康手帳等の予防接種記録の写し