

三股町長 様

申請者 住所  
 氏名  
 電話番号  
 再接種を受けるものとの関係 ( )

三股町骨髄移植等後のワクチン再接種に係る費用の助成対象認定申請書

三股町骨髄移植等後のワクチン再接種に係る費用の助成について、下記の通り申請します。

記

1. 申請内容

被 接 種 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			満 歳
	住所	三股町		性別 男 女
		電話 ( )		
保護者氏名(続柄)		( )		
予防接種実施予定 医療機関	医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名			
疾病の治療を受けて いる医療機関名	<input type="checkbox"/> 予防接種実施予定医療機関と同じ			
備考				

2. 関係書類

- (1) 三股町骨髄移植等後の予防接種再接種に係る実施計画書・医師意見書(様式第1号)
- (2) 骨髄移植等を受ける前の再接種を受ける者の定期予防接種の履歴が確認できるもの