

様式第 1 号（第 5 条関係）

羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成適用認定申請書

年 月 日

羽咋市長

標記の予防接種について、助成の適用を受けたいので、羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	氏名	フリガナ		対象者との続柄
	住所	〒 羽咋市	連絡先	
対象者	氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
	住所	☐ 申請者と同じ		
再接種を行う 予防接種	種類		回数	
予防接種 実施予定 医療機関	医療機関名： 所在地： 電話：			

添付書類

- ・ 主治医意見書
- ・ 母子健康手帳の写し