

様式第 1 号（第 5 条関係）

神栖市骨髓移植等に係る予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

神栖市長 様

申請者（保護者）

住所

氏名

電話番号

予防接種再接種費用助成対象の認定を受けたいので、神栖市骨髓移植等に係る  
予防接種再接種費用助成要項第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり関係書類を  
添えて申請します。

接種対象者 (助成対象者)	住 所			
	氏 名		性別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 か月)		
再接種を行う定期予防接種の 種類				
再接種を受け る医療機関	所 在 地			
	医療機関名			
添付書類		(1) 神栖市骨髓移植等に係る予防接種再接種に関 する主治医意見書（様式第 2 号） (2) 母子健康手帳の写し又は定期予防接種の接種 記録が確認できる書類の写し (3) その他市長が必要と認める書類		

【同意欄】

私は、予防接種再接種費用助成対象認定の申請に当たり、必要に応じて市が主  
治医意見書の内容について関係医療機関に問い合わせること及び再接種を受ける  
医療機関に当該意見書を提供することに同意します。

申請者自署