

年 月 日

（宛先）木曽岬町長

（申請者）

住 所 木曽岬町大字

氏 名

電話番号

木曽岬町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

木曽岬町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成の認定を下記のとおり申請します。
また、この認定に関する事務手続の処理のため、木曽岬町が保有する個人情報を閲覧し、又は調査すること、及び医療機関等に問い合わせ、当該医療機関等から報告・回答を受けることについて同意します。

記

被 接 種 者	フリガナ		申請者 との 続柄	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（ 歳 ヶ月）		
	住 所	木曽岬町大字		
理 由 書		(疾病名) (該当理由) ☐ 骨髄移植手術 ☐ その他の医療行為（ ） 医療機関所在地 医療機関名 医師名		
	接種済みの 定期接種の 予防効果が 期待できな いと判断す る理由			
	再接種を必 要とする予 防接種のす る種類及び 接種回数			
接種医療機関		※上記医療機関と異なる場合にのみ記入 所 在 地 医療機関名		

※添付書類

1. 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ又は骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し