

様式第 1 号（第 5 条関係）

糸田町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定申請書

糸田町長 殿

年 月 日

（申請者）住所

氏名

電話番号（ ） —

糸田町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱に基づく助成対象者の認定を受けたいので、同要綱第 5 条第 1 項の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 被接種者

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	□上記申請者住所と同じ		

2 添付書類

- （1）移植により、移植前に接種した法に基づく定期予防接種の予防効果が期待できないと判断した医師の意見が記載された糸田町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定に係る意見書（様式第 2 号）
- （2）移植前の定期予防接種のワクチンの接種歴が確認できる書類
- （3）被接種者の健康保険証など本人が確認できる書類