

様式第1号（第6条関係）

坂城町造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金
助成対象者認定申請書

令和 年 月 日

坂城町長 宛て

申請者

住 所

氏 名

㊞

（被接種者との関係 ）

電話番号

坂城町造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金の助成対象者の認定を受けたいので関係書類を添えて申請します。

なお、この申請について、必要に応じて、被接種者の住民登録資料、その他の情報を受診医療機関へ問い合わせること及び提供することに同意します。

記

被接種者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	長野県埴科郡坂城町		
電話番号			
再接種を希望する ワクチンの種類			

（添付書類）

- 1 坂城町造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業に関する主治医意見書
（様式第2号）
- 2 母子健康手帳（ワクチン再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し