

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（あて先）みやま市長

造血細胞移植により免疫が失われた小児等へのワクチン再接種費用助成について、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報があるときは、みやま市が関係医療機関等に問い合わせること及び提供することに同意します。

(ふりがな)			
申請者氏名 (保護者等)			
電話番号		接種を受ける 人との続柄	
申請者住所		〒	
接種を 受ける 人	(ふりがな)		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ みやま市	
	移植を受けた 医療機関名		
添付書類 チェック欄		<input type="checkbox"/> 造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する 医師の意見書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 定期予防接種の記録が確認できるもの	