　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　龍ケ崎市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（被接種者又は保護者）

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との関係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　龍ケ崎市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付

　　　申請書

　龍ケ崎市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者 | 住所 |
| 氏名 |
| 生年月日 |
| 理由書・医師記入欄 | 再接種の理由 |
| 今回再接種する予防接種の種類 |
| 医療機関名・医師名  医療機関所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

添付資料

・母子健康手帳の写し又は予防接種の接種履歴が分かる書類