

別記様式第1号（第5条関係）

えびの市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用助成対象認定申請書

（申請日） 年 月 日

（宛先） えびの市長

造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成について、次のとおり申請します。なお、予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、えびの市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施機関に提供することに同意します。

ふりがな			
申請者氏名 （保護者）	（自署または記名押印）		
連絡先電話番号		接種を受ける 人との続柄	
住所	えびの市		
ふりがな			
接種を受ける人 の氏名			
生年月日	年 月 日		
住所	えびの市		
移植等を受けた 医療機関名			
添付文書確認欄	☐ 主治医の意見書（様式第2号） ☐ 予防接種記録が確認できる書類の写し等		