

様式第1号（第5条関係）

鹿嶋市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

鹿嶋市長 様

申請者

住 所 鹿嶋市

フリガナ

氏 名 (続柄)

電話番号

予防接種再接種費用助成対象の認定を受けたいので、鹿嶋市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成要綱第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

接種対象者	住 所	鹿嶋市		
	ふりがな 氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
再接種を受ける 医療機関	所 在 地			
	医療機関名			
再接種を行う定期予防接種 の種類				

添付書類

- (1) 鹿嶋市骨髄移植等に係る予防接種再接種に関する医師意見書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳その他の定期予防接種の接種記録が確認できる書類の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類