様式第1号（第５条関係）

年　　月　　日

長島町長　　　　様

申請者　住所：出水郡長島町

氏名：

骨髄移植後等のワクチン再接種費用助成対象認定申請書

　長島町骨髄移植後等のワクチン再接種費用助成対象者の認定を受けたいので骨髄移植後等のワクチン再接種費用助成事業実施要綱第５条の規定により申請します。

１．被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（続柄） | □申請者と同じ（本人）（　　　） | 生年月日（年齢） | 　　　年　　　月　　　日（満　　歳　　か月） |
| 住所 | □申請者と同じ出水郡長島町 |
| 連絡先 |  |

２．予防接種を受ける予定の医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

３．添付書類

（１）骨髄移植後等のワクチン再接種費用助成に係る医師意見書（第2号様式）

（２）母子健康手帳その他骨髄移植等以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し

（３）申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※運転免許証、マイナンバーカードいずれかひとつ