

第 1 号様式（第 5 条関係）

骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用助成申請書

年 月 日

（宛先）津市長

住所
申 請 者 氏名 ⑩
電話
続柄

骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用の助成を受けたいので、津市骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添え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、津市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び提供することに同意します。

対 象 者	住 所	津市 電話番号（ — — ）
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
(医 師 理 由 記 入 欄)	接種済みの 定期接種の 予防効果が 期待できな いと判断す る理由	(理由) _____ (医師署名又は記名押印) _____ (医療機関所在地) _____ (医療機関名)
	今回接種す る予防接種 の種類	
再接種医療機関名 (医 療 機 関 所 在 地、医師名)		※上記医療機関と異なる場合にのみ記入

【添付書類】

- ・母子健康手帳の予防接種の記録又は予防接種履歴（再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）の写し

※ 申請者の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。