

守谷市長 宛て

守谷市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成交付申請書

申請者（保護者）

住所

氏名

電話番号

守谷市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | |
|---------------|----------------------|----------------|
| 接種 対象者 | 住所 | 茨城県守谷市 |
| | フリガナ 氏名 | (男・女) |
| | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳 箇月) |
| 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 |

添付書類

- 母子健康手帳等の予防接種記録の写し

【同意欄】

予防接種について必要な情報があるときは、守谷市がその情報を医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

申請者自署 _____