

様式第1号（第5条関係）

京丹波町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

京丹波町長 様

申請者 住 所 京丹波町  
氏 名  
接種対象者との続柄  
電話番号

京丹波町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、助成の対象者認定を申請します。

フリガナ			
接種対象者氏名		生年月日	年 月 日生
住 所	〒 京丹波町		
再接種を行う 予防接種の種類			
接種予定 医療機関	医療機関名： 所 在 地： 電 話 番 号：		

【添付書類】

- マイナンバーカード、運転免許証等本人確認ができる公的な書類
- 京丹波町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業に係る医師意見書（様式第2号）
- 骨髄移植等を受ける前における定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳等）