

高萩市長 宛て

申請者 住所
氏名
被接種者との関係
電話番号

高萩市骨髓移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請書

高萩市骨髓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	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
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

【同意欄】

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、高萩市がその情報を関係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