

年 月 日

邑楽町長 宛て

申請者 住所 邑楽町大字
氏名
被接種者との続柄（ ）
電話

邑楽町骨髓移植後等の予防接種費用助成事業認定申請書

邑楽町骨髓移植後等の予防接種費用助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請いたします。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の情報等）があるときは、邑楽町が、その情報を関係医療機関及び医師に問い合わせること、また、予防接種を実施する医療機関及び医師に提供することに同意します。

接種対象者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日 （満 歳 か月）		
	住 所	※申請者と異なる場合ご記入ください。 邑楽町大字 (電話)		
予防接種の種類等				
接種を希望する医療機関	所在地	〒 (電話)		
	名 称			

※申請者のかたへ：裏面の注意事項を必ずお読みください。

【接種対象者または保護者のかたへ】

- ・概ね1年以内に接種可能と判断された予防接種の種類及び回数、全てご記入ください。
- ・申請後に新たに接種可能と判断された予防接種が生じた場合は、当該予防接種について改めて申請が必要となります。
- ・申請に当たっては、予防接種の記録が確認できる資料（母子健康手帳等）などがあれば添付してください。
- ・申請していただいた全ての予防接種が、助成対象と認定されるものではありません。種類及び回数ごとに認定の可否を判断します。
※同じ種類の予防接種でも、接種回数によって認定されない可能性があります。
- ・接種するに当たっては、必ず主治医による判断を受けてください。
- ・接種費用は一度医療機関にお支払いください。