年　　月　　日

大和郡山市長　様

骨髄移植手術の影響に伴う予防接種の再接種依頼申請書兼助成金交付申請書

申　請　者　氏　名

TEL　　　　（　　　　）

被接種者との続柄

予防接種法第２条第４項の規定に基づき実施した定期の予防接種の効果が期待できなくなったため、被接種者に係る再接種について医療機関に対して依頼すること及び当該再接種に要する費用の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 〒 大和郡山市 | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |
| （満　　歳　　ヶ月） |
| 再接種を行う予防接種 | 別紙意見書のとおり | | | |
| 接種予定 医療機関 | 名称 |  | | |
| 所在地  電話 | TEL　　　　　　　（　　　　　　） | | |
| 添付書類 | □医師意見書 | | | |
| □予防接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳など） | | | |