高畠町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費助成申請書

　　　年　　　月　　　日

高 畠 町 長 　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所：高畠町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （被接種者との続柄：　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

高畠町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費助成事業実施要綱第６条に基づき、下記のとおり再接種費用の助成を申請します。また、この申請について必要な情報がある場合は、その情報を高畠町から関係機関へ問い合わせることに同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | □上記申請者住所と同じ | | |
| 接種予定  医療機関 |  | | |
| 再接種を希望するワクチンの種類 |  | | |

※添付書類

（１）被接種者の本人確認書類（マイナンバーカードなど）

（２）造血幹細胞移植後のワクチン再接種に対する主治医意見書（別記様式第２号）

（３）母子健康手帳など、過去の定期予防接種の接種歴が確認できる書類

（４）その他