

第1号様式（第4条）

骨髄移植等による再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（あて先）印西市長

申請者（保護者）住 所
氏 名
続 柄
電話番号

次のとおり、印西市骨髄移植等による再接種費用助成の対象認定を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)
	住 所	※申請者と同一の場合は、「同上」と記載のこと。
予防接種	種 類	
接種医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	

添付書類

- 1 骨髄移植等による再接種費用助成に関する医師の意見書（第2号様式）
- 2 骨髄移植手術等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳の写し等）

同 意 書

私は、印西市骨髄移植等による再接種費用助成の対象者の認定の審査に当たり、市職員が対象者の住民基本台帳を確認することについて、同意します。

（あて先）印西市長

申請者（保護者）氏名