

別 記

第1号様式（第6条第1項）

年 月 日

大網白里市長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

（接種対象者との続柄 ）

電話番号

大網白里市造血幹細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付申請書

大網白里市造血幹細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

交付申請額 _____ 円

※第2号様式の交付申請額の合計を記入してください。

接種対象者	住 所	〒 _____		
	フリガナ	_____	性 別	男 ・ 女
	氏 名	_____		
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		
（同意欄）				
助成金の交付の申請に当たり、住民基本台帳の記録について、市が保有する公簿等により確認することに同意します。				
また、接種対象者に関わる必要な情報があるときは、市の職員が医療機関等に問い合わせることについても併せて同意します。				
住 所				
氏 名				

添付書類

- (1) 大網白里市造血幹細胞移植後の任意予防接種費用明細書(第2号様式)
- (2) 接種対象者の住民票の写し(※)
- (3) 医療機関等が発行した領収書
- (4) 予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳の写し等)
- (5) 医師の意見書(第3号様式)
- (6) その他市長が必要と認める書類

※(2)については、市が保有する公簿等により確認できる場合は、添付を省略することができます。