木島平村造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金交付申請書

　年　　月　　日

　木島平村長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　木島平村大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との関係　　　　　）

　木島平村造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金の交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。

なお、この補助金の交付申請に必要な範囲において、被接種者のワクチン再接種に係る情報またはその他の情報（個人情報を照会など）の調査・閲覧す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 | 木島平村大字 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 再接種を希望する  ワクチンの種類 |  | | |

添付書類

１　木島平村造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金に関する主治医意見書（様式第２号）

２　母子健康手帳（ワクチン再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し