

様式第1号（第5条関係）

柳川市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（あて先）柳川市長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、当該予防接種について、必要な情報があるときは、柳川市がその情報を関係医療機関等に問い合わせること及び提供することに同意します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		
	移植を受けた医療機関	名称		
住所				
電話番号				
添付書類チェック欄		<input type="checkbox"/> 柳川市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定に係る意見書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳など造血細胞移植前の定期予防接種の記録が確認できるもの <input type="checkbox"/> 被接種者の健康保険証など本人の確認ができる書類		