

(第5条関係)

ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

(記入日) 年 月 日

(あて先) 宮崎市長

骨髄移植等後のワクチン再接種費用助成について、骨髄移植等後のワクチン再接種費用助成事業要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、宮崎市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

(ふりがな)			
申請者氏名 (保護者等)	(自署または記名押印)		
連絡先	( ) -	受ける人との続柄	
住 所 (住民票所在地)	〒 - 宮崎市		
(ふりがな)			
受ける人の 氏 名			
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
受ける人の 住 所	〒 - ※申請者と同じ場合は記入不要 宮崎市		
移植を受けた医 療機関名			
添付文書 チェック欄	<input type="checkbox"/> 主治医の意見書 (様式2号) <input type="checkbox"/> 予防接種記録が確認できる書類の写し等		

宮崎市受付欄

--