

年 月 日

板倉町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
対象者との続柄（ ）  
電 話

板倉町骨髄移植後等の予防接種費用助成金交付申請書

板倉町骨髄移植後等の予防接種費用助成金交付要綱の規定に基づき、下記のとおり申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で町が住民基本台帳等の閲覧及び関係医療機関に問い合わせることに同意します。

記

申請額		円（内訳は裏面に記入）	
対象者	氏 名		
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 板倉町	
医師の意見書（医療機関記入欄）	上記の者は、骨髄移植手術等の理由により、すでに接種済みの定期予防接種について、十分な予防効果が期待できないと判断します。また、再接種を開始しても可能な状態と認められます。なお、再接種の必要性及び副反応について、十分説明しています。		
	疾病名		
	特別の理由が生じた日（移植日等）	年 月 日	
	再接種をすることが可能となった日	年 月 日	
	年 月 日 医療機関名称及び所在地 主治医医師名（署名又は記名押印）		

