

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者（被接種者又は保護者）

住所

氏名

印

被接種者との関係

電話番号

龍ヶ崎市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付
申請書

龍ヶ崎市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付要綱第5条
の規定により、下記のとおり申請します。

記

被接種者	住所
	氏名
	生年月日
理由書・医師記入欄	再接種の理由
	今回再接種する予防接種の種類
	医療機関名・医師名 医療機関所在地

印

添付資料

- ・母子健康手帳の写し又は予防接種の接種履歴が分かる書類