

別記

様式第1号（第6条関係）

米子市造血幹細胞移植後等のワクチン再接種費用助成対象認定申請書

私は、米子市造血幹細胞移植後等のワクチン再接種費用助成金の交付の対象となることについて認定を受けたいので、米子市造血幹細胞移植後等のワクチン再接種費用助成金交付要綱（令和5年4月1日施行）第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容に関し、米子市長が、その保有する私及び接種対象者の個人情報について確認すること並びにワクチンの再接種を実施した医療機関に問い合わせることに同意します。

米子市長 様

年 月 日

申請者 (助成対象者)	ふりがな		接種対象者との続柄
	氏名		
	住所	〒 -	
	電話番号	- - (日中連絡を取ることができる番号)	
接種対象者	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒 - 米子市	
予防接種の種類	ヒブ		
	小児肺炎球菌		
	B型肝炎		
	四種混合		
	二種混合		
	麻しん風しん混合		
	水痘		
	日本脳炎		
	子宮頸がん		
	B C G		
その他 ()			
再接種を受ける医療機関の名称			

【添付書類】

- ・米子市造血幹細胞移植後等のワクチン再接種費用助成対象認定に係る医師意見書（別記様式第2号）
- ・母子健康手帳の写し（「出生届出済証明」及び「予防接種の記録」の該当ページ）など、造血幹細胞移植等の実施前に接種した定期予防接種の接種歴を確認することができる書類