

宗像市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

宗像市長あて

年 月 日

(申請者) 〒 —

住所.....

氏名.....(続柄:.....)

連絡先.....(.....).....

宗像市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成事業実施要綱に基づく助成対象者の認定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

必要な情報（疾病の状況等）があるときは、宗像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			
受ける人の 氏 名			
生年月日	(満 歳 か月)	性別	男 ・ 女
住 所	☐ 申請者と同じ場合は記入不要 〒 宗像市		
医療行為を受けた 医療機関名			

3 添付資料

- ☐ 宗像市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書（様式第 2 号）
- ☐ 母子健康手帳など造血細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できる書類の写し

受 付 欄