

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

嘉島町長 様

申請者 住所
氏名
(被接種者との関係)
電話番号

嘉島町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

嘉島町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、当該ワクチン再接種について、必要に応じて、嘉島町が関係医療機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	氏名	
	住所	嘉島町
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
再接種を行う 予防接種の種類		
接種予定医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	

関係書類

- (1) 嘉島町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳等造血幹細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できる書類