

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

（申請先）土浦市長

申請者
住所
氏名
助成対象者との関係
電話番号

土浦市骨髓移植等の医療行為後の予防接種再接種費用助成承認申請書

土浦市骨髓移植等の医療行為後の予防接種再接種費用の助成を受けたいので、土浦市骨髓移植等の医療行為後の予防接種再接種費用助成金交付要綱第 4 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成の承認を申請します。

記

助成対象者	住所	土浦市
	氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
再接種を受け る予防接種	種類等	
	接種予定日	年 月 日
接種予定 医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	

添付書類

- (1) 土浦市骨髓移植等の医療行為後の予防接種再接種費用助成承認申請に係る主治医意見書（様式第 2 号）
- (2) 母子健康手帳の写しその他の定期予防接種の接種履歴を確認することができる書類
- (3) 前 2 号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類