

年 月 日

高知市長 様

住所
申請者 氏名
申請に係る子との続柄

※申請者が手書きしない場合は、記名押印してください。

高知市骨髄移植患者等予防接種ワクチン再接種助成事業要再接種者認定申請書

高知市骨髄移植患者等予防接種ワクチン再接種助成事業に係る要再接種者の認定を受けたいので、高知市骨髄移植患者等予防接種ワクチン再接種助成事業実施要綱第5条第2項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり認定を申請します。また、本申請の審査に係る関係機関への照会に同意し、高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

- 1 助成金交付申請額 (見込) 金 円
2 再接種に要する費用 (見込) 金 円

3 申請に係る子

フリガナ			
住 所			
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名			

4 再接種を実施する予定の医療機関及び担当医師の名称

医療機関	
担当医師	

5 添付書類

- (1) 高知市骨髄移植患者等予防接種ワクチン再接種助成事業に係る意見書 (様式第2号)
(2) 母子健康手帳の写しその他予防接種の履歴が確認できる書類