

第 1 号様式（第 5 条関係）

骨髄移植等の医療行為による予防接種の免疫消失者に対する任意再接種
費用助成金申請書

年 月 日

世田谷区長 あて

申請者（被接種者の保護者）

住 所
氏 名

世田谷区骨髄移植等の医療行為による予防接種の免疫消失者に対する任意再接種費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

被 接 種 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）
保 護 者 氏 名		被接種者との続柄 ()
連絡先電話番号		— —
申請理由		骨髄移植等の医療行為による予防接種の免疫消失者に対する任意再接種に関する医師意見書のとおり

< 添付書類 >

- (1) 骨髄移植等の医療行為による予防接種の免疫消失者に対する任意再接種に関する承諾書（第 2 号様式）
- (2) 骨髄移植等の医療行為による予防接種の免疫消失者に対する任意再接種に関する医師意見書（第 3 号様式）
- (3) 対象者がこれまでに接種した定期予防接種を記録したもの（母子健康手帳等）