

第1号様式（第5条様式）

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

鹿屋市長 様

申請者

住 所

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱第5条の規定により、助成の対象者の認定を申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、鹿屋市長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供すること又は造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業補助金の申請のため、鹿屋市長が本申請により取得した情報を鹿児島県知事に提供することに同意します。

接種対象者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
保護者氏名		被接種者との続柄 ( )
連絡先		
接種医療機関	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
通知書類送付先		現住所
		滞在先住所 〒 -

注1 本人確認書類：母子健康手帳・運転免許証・健康保険証・その他  
( )

2 添付書類

- (1) 鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成に係る医師意見書（別記第2号様式）
- (2) 骨髄移植等の医療行為実施前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し（母子健康手帳等）