

様式第1号（第7条関係）

松本市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）松本市長

申請者
住所
氏名
（補助対象者との関係 ）
電話番号

松本市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金の交付を受けたいので、松本市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金交付要綱第7条第1項の規定に基づき次のとおり申請します。

なお、この申請について、必要に応じて、被接種者の住民登録資料（氏名、生年月日等）、主治医意見書の内容等について受診医療機関へ問い合わせること及び提供することに同意します。

被接種者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
電話番号			
再接種を希望する ワクチンの種類			

（添付書類）

- 1 松本市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金に関する主治医意見書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳（ワクチン再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し