

淡路市定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

接種対象者	住 所	淡路市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
予防接種を受ける医療機関	医療機関名			
	所在地			
	電話番号			
接種対象者の世帯の状況	氏 名	生 年 月 日	接種対象者との続柄	
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
<p>淡路市骨髄移植後等の予防接種の再接種に対する助成事業実施要綱第6条の規定により、上記のとおり定期予防接種再接種費用助成対象の認定を申請します。</p> <p>また、接種対象者及び接種対象者同一の世帯に属する者の税情報による所得等及び住民基本台帳情報等による調査を承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p>淡路市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 淡路市 氏 名 電話番号</p>				

【添付書類】

- 1 淡路市定期予防接種再接種費用助成に関する理由書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳等骨髄移植等を行う前の定期予防接種の履歴が確認できるもの
- 3 接種対象者及び接種対象者同一の世帯に属する者の所得課税証明書（淡路市に所得申告がある人は不要）