

阿南市長 宛て

申請者  
保護者住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

阿南市骨髄移植等の理由による  
任意予防接種費用助成金交付事業接種対象承認申請書

阿南市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用助成金交付事業要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 申請内容

接種対象者	住 所	
	(ふりがな) 氏 名	( 男 ・ 女 )
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
接種予定 医療機関	名称	

2 添付する関係書類

- (1) 阿南市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用助成金交付事業接種対象承認に関する医師意見書（様式第2号）
- (2) 骨髄移植等の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できる母子健康手帳の写し、又は当該履歴が確認できる書類の写し
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

3 確認及び同意事項（下記内容を確認し、同意する場合は□に✓を記入してください。）

- 接種対象及び助成金交付対象に係る要件を確認するため、市が申請者（保護者）及び再接種対象者に関する住民基本台帳の記載事項その他助成金の交付に関して必要な情報を確認することに同意します。

..... ここから下は、記入の必要はありません。 .....

持参する本人確認書類 ※郵送提出の場合は、コピーを同封すること		
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 申請者マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他