

様式第1号（第4条関係）

骨髄移植等による予防接種再接種費用補助金交付申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所
氏名 ④
※ 自署の場合は、押印は不要です。
電話番号 ()
本人でない場合はその続柄 ()

骨髄移植等による予防接種再接種費用補助金について、下記のとおり交付を受けたいので、ふじみ野市骨髄移植等による予防接種再接種費用補助金交付要綱第4条の規定により申請します。

また、この予防接種は医師の判断のもと再接種するものです。

記

再接種者	住所	ふじみ野市
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
再接種を受ける 予防接種の種類		
接種医療機関の 名称及び所在地	名称	
	所在地	
	電話番号	
再接種の時期		
交付申請額	再接種に かかる費用	円
	市の定める 単価	円