

沖縄市骨髄移植等後のワクチン再接種にかかる費用助成対象認定申請書

沖 縄 市 長 宛

申請者 (続柄)
住 所
電話番号

次の通り、沖縄市骨髄移植等後のワクチン再接種にかかる費用助成対象の認定を申請します。

接種対象者	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所			
予 防 接 種 の 種 類				
接 種 開 始 予 定 日				
接種医療機関	名 称			
	所 在 地			

《添付書類》沖縄市骨髄移植等後のワクチン再接種にかかる費用助成に関する理由書（様式第2号）
親子健康手帳（骨髄移植等を受ける以前の定期予防接種の履歴を確認することができるものに限る。）または当該履歴を確認することができるものの写し