

年 月 日

古河市長 宛て

申請者 住所  
氏名  
接種者との続柄  
電話番号

骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請書

助成金の交付を受けたいので、古河市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

接種 対象者	住所	古河市
	氏名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）

医師 記入欄	再接種の理由	
	今回再接種する予防接種の種類	
	医療機関名 医療機関所在地 医師名 <span style="float: right;">㊟</span> (自署又は記名押印)	

添付書類 母子健康手帳等の予防接種記録の写し

【同意欄】

古河市が、予防接種について必要な情報を医療機関に問い合わせること及び医療機関に提供することについて同意します。

申請者（自署） \_\_\_\_\_