第1号様式（第6条関係）

長崎市予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（あて先）長崎市長

骨髄移植等の理由による予防接種再接種費用助成について、長崎市予防接種再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、当該再接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、長崎市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種実施医療機関に提供することに同意します。

(ふりがな)			
申請者氏名 (保護者等)			
連絡先	() -	被接種者との続柄	
住 所	〒 -		
(ふりがな)			
被接種者の 氏 名			
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
被接種者の 住 所	〒 - ※申請者と同じ場合は記入不要		
接種希望 医療機関	医療機関名		
	所在地		