

様式第1号（第6条関係）

岡谷市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）岡谷市長

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

（被接種者との関係 _____）

電話番号 _____ - _____ - _____

岡谷市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

被接種者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	岡谷市	電話番号	- -
保護者氏名			被接種者 との続柄	
再度の接種を希望する 予防接種の種類				

＜申請の際しての同意事項＞

本申請にあたっては、下記の内容について同意をします。 申請者 _____

- ・市が必要に応じて、被接種者の住民登録資料、その他の情報を関係医療機関へ問い合わせること及び接種医療機関に提供することがあります。
- ・申請により接種を受ける予防接種は、被接種者及び申請者の責任において行われる任意による予防接種であり、万一健康被害が生じた場合、岡谷市は一切の責任を負いません。

関係書類

- (1) 岡谷市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成に関する主治医意見書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳（過去に接種した定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し
- (3) その他市長が必要と認める書類