

第 1 号様式（第 5 条関係）

年 月 日

郡山市造血幹細胞移植その他の理由による任意予防接種費用助成適用認定申請書

郡山市長

申請者 住所

氏名

電話番号

再度、任意で予防接種を受けるに当たり、費用助成の適用の認定を受けたいので、郡山市造血幹細胞移植その他の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、郡山市がその情報を関係医療機関へ問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所			
保護者	ふりがな 氏 名		対象者との関係	
	住 所	(対象者と同じ場合は、記入は不要です。)		
治療の状況				
予防接種実施 予定医療機関				

備考

- 1 郡山市造血幹細胞移植その他の理由による任意予防接種に関する可否についての意見書（第 2 号様式）及び母子健康手帳又は造血幹細胞移植等が生じる前の予防接種の履歴が確認できる書類を添付すること。
- 2 申請者が保護者の場合にあつては、対象者と保護者の関係を確認できる書類を添付すること。