

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

五霞町長 様

申請者 住 所 五霞町  
氏 名  
接種者との続柄  
電話番号

五霞町造血幹細胞移植に係る予防接種再接種費用助成交付申請書

助成金の交付を受けたいので、五霞町造血幹細胞移植に係る予防接種再接種費用助成金交付要綱（令和8年五霞町告示第6号）第5条の規定により、次のとおり申請します。

接種 対象者	住 所	五霞町
	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及び接種回数
	医療機関名 医療機関所在地 医 師 名 (自署又は記名押印)

添付書類：母子健康手帳等の予防接種の記録

【同意欄】

五霞町が、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）