

様式第2号（第5条関係）

申請日 年 月 日

都城市長 宛て

申請者 住所 都城市

氏名 続柄（ ）

（署名又は記名押印）

都城市骨髄移植等後のワクチン再接種に係る費用の助成対象認定申請書

都城市骨髄移植等後のワクチン再接種に係る費用の助成について、下記のとおり申請します。

記

被 接 種 者	住所	(Tel)		
	氏名		性別	
	生年月日	年	月	日
保護者氏名（続柄）		()		
予防接種実施予定 医療機関名				
疾病の治療を受けて いる医療機関名				
備考				