

様式第5号（第8条関係）

合志市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成申請及び実績報告書

年 月 日

（あて先）合志市長

申請者 住所 _____

氏 名 _____

(接種対象者との続柄) _____

電話番号 _____

私は、合志市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成について、次のとおり申請し、併せて実績報告いたします。

なお、必要があるときは、合志市が再接種を実施した医療機関に下記事項について確認を行うことに同意します。

接種対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 合志市
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生（満 歳 ヶ月）
助成申請額	_____ 円	