年　　月　　日

大郷町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成申請取下げ書

大郷町長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | （〒　　　　-　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 電話番号 |  | 被接種者との関係 |  |

大郷町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第７条に基づき、下記のとおり予防接種の再接種費用の助成を申請しておりましたが、取り下げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | 男・女 | 生 年 月 日 |
| 氏 名 |  | 年　　月　　日 |
| 住 所 | □ 上記申請者住所と同じ |