様式第５号（第９条関係）

第　　　号

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変更認定申請書

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 |  |

年　　月　　日付大郷　第　　号で通知のありました大郷町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成について、申請内容を下記のとおり変更したいので、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９条に基づき申請します。

記

１　変更の内容

２　変更の理由

**【添付書類】**

1. 大郷町造血幹細胞移植によるワクチン再接種にかかる意見書（様式第２号）

（再接種を行う予防接種の種類を変更する場合のみ）

②　その他必要な書類

※添付書類は原則お返ししません。