様式第4号（第7条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号及び番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　酒　田　市　長　　印

**造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成対象不認定通知書**

年　　月　　日付けで申請のあった造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成対象認定について、酒田市造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第７条の規定に基づき、下記のとおり不認定としましたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 接種対象者氏名 |  |
| 不認定の理由 |  |