

造血細胞移植等後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書及び請求書

年 月 日

泉大津市長 様

造血細胞移植等後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。  
 なお、助成金は下記口座への振込みを依頼します。

(ふりがな) 申請者氏名	①	被接種者 との続柄	父・母・( )
住所	〒 泉大津市	電話番号	
(ふりがな) 予防接種を受けた人の氏名			
予防接種を受けた人の生年月日	年 月 日		
予防接種を受けた人の住所	泉大津市		
予防接種実施 医療機関	所在地		
	医療機関名		

予防接種の種類	予防接種を受けた日	接種費用	助成額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
合計金額		円	円

振込先記入欄			
		銀行	信用金庫
		信用組合	農協
支店・支所			
預金種別		口座番号	
普通・当座			
ふりがな			
口座名義			

- 添付書類
- 母子健康手帳等、造血細胞移植等を受ける前の予防接種の履歴が確認できるもの
  - 造血細胞移植等後定期予防接種ワクチン再接種対象者認定にかかる主治医意見書(様式第2号)
  - 母子健康手帳、予診票、又は予防接種済証等、再接種を受けたことが確認できる書類
  - 再接種に要した費用について、医療機関に支払った金額が記載されている領収書又は明細書