

勝山市長

申請者 住 所 勝山市
氏 名
電話番号

続柄（ ）

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、必要書類を添えて下記のとおり申請します。

また、この申請内容を審査するために、市が被接種者の住民登録情報を確認することや必要があるときは下記事項について市が医療機関に確認を行うことに同意します。

※太枠の中をご記入ください。

被接種者	氏 名	(年 月 日生)		
	住 所	勝山市		
接種医療機関名		名称		
		所在地		
予防接種の種類	回数	総接種費用	助成上限額	助成決定額
	回	円	円	円
	回	円	円	円
	回	円	円	円
	回	円	円	円
	回	円	円	円
	回	円	円	円
	回	円	円	円
合計			円	

【添付書類】

- (1) 医療機関の領収書の原本（助成対象予防接種の種類及び金額が分かるものに限る。）
- (2) 再接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳等）の写し
- (3) 通帳の写し等、振込口座が確認できるもの

【注意事項】

- (1) 再接種日及び助成金の申請をする日において、市内に住所を有する20歳未満の者が対象となります。
- (2) 再接種する予防接種で費用助成の対象になるのは、過去に定期予防接種として接種済の予防接種のみとなります。