|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 天草市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成申請書　　　　　　　年　　　　月　　　　日天草市長　あて申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　接種対象者との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号下記のとおり、関係書類を添えて、再接種費用の助成を申請します。また、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住　所 | □申請者と同じ |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 　　　　　　　 年　　　 月　　　 日 　 （満　　　　歳　　　ヶ月） |
| 申請額 |  |
| 振込先 | 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　・　当座 |
| （ふりがな）口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * 添付書類
 | (1)　予防接種を実施した医療機関の領収書(接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、再接種料金及び医療機関名が記載されたものに限る。)(2)　予防接種予診票(再接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているものに限る。)又は予防接種の再接種履歴が確認できるものの写し |
| * 申請期限
 | 再接種を受けた日の属する年度の末日（３月中に再接種を受けた場合にあっては翌月の４月末日）まで |

 |