|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |