

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	
	(フリガナ) 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