

廿日市市骨髓移植患者等の再接種費用助成事業交付申請書

年 月 日

廿 日 市 市 長 様

申請者 氏 名 _____
住 所 _____
電話番号 _____
被接種者との関係 _____

廿日市市骨髓移植患者等の再接種費用助成事業実施要領第6条第1項の規定に基づき、予防接種ワクチン再接種費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者	住 所	廿日市市			
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
予 防 接 種 の 種 類 及 び 接 種 年 月 日 等	予 防 接 種 の 種 類 (接 種 年 月 日)	支 払 額 A	助 成 上 限 額 B	申 請 額 (A ・ B の 低 い 方 の 額)	
	(年 月 日)	円	円	円	
	(年 月 日)	円	円	円	
	(年 月 日)	円	円	円	
	(年 月 日)	円	円	円	
	申 請 額 計			円	
接 種 医 療 機 関	名 称				
	所 在 地				
	電 話 番 号				

関係書類

- ☐ 1 上記予防接種の領収書
- ☐ 2 上記予防接種の履歴及び骨髓移植手術等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの（親子（母子）健康手帳の写し等）

注 意

- ☐ 1 助成額は申請日が属する年度の額となります

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。