

下松市定期予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

下松市長 様

申請者

住所

氏名

被接種者との続柄（ ）

電話番号

下松市定期予防接種再接種費用助成について、下松市造血幹細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

なお、必要に応じて、下記事項等について下松市が関係医療機関へ問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

被接種者	住 所	下松市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	連絡先			
本人確認	<input type="checkbox"/> 確認済み			

助成金額	円（裏面助成金額の合計）
------	--------------

上記助成金額を次の口座に振り込んでください。

金 融 機 関	銀行・金庫・農協・漁協		
	本店・支店・本所・支所・出張所		
口 座 番 号	普通・当座		
フリガナ			
口座名義人			
担当者		連絡先	

※再接種を受けた日及び申請時において下松市に住民登録がある者が対象になります。

【添付書類】

- (1) 下松市定期予防接種再接種費用助成に関する意見書（別記第2号様式）
- (2) 母子健康手帳の写し等の造血幹細胞移植前に受けた定期の予防接種の履歴が確認できるもの
- (3) 接種した医療機関が発行した予防接種の種類が分かる領収書
- (4) 母子健康手帳、予防接種済証等の再接種した予防接種の記録が記載されているもの
- (5) 健康保険証等の本人が確認できる公的な書類
- (6) 振込先金融機関口座が確認できる書類
- (7) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

裏面につづく

