

(様式第 1 号) (第 6 条関係)

飯山市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

飯山市長 あて

申請者（助成対象者又はその保護者）

住 所

氏 名

印

（助成対象者との関係 ）

電話番号

飯山市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この助成金の交付の審査に当たり、下記の事項について内容の確認をする必要がある場合には、再接種した医療機関へ問い合わせることに同意します。

記

1 被接種者

|     |  |      |       |
|-----|--|------|-------|
| 氏 名 |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住 所 |  |      |       |

2 予防接種

| 予防接種の種類 | 接種日 | 接種医療機関名 | 申請(支払)金額 (円) |
|---------|-----|---------|--------------|
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |
|         |     |         |              |

(裏面)

| 予防接種の種類 | 接種日 | 接種医療機関名 | 申請(支払)金額(円) |
|---------|-----|---------|-------------|
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
|         |     |         |             |
| 合計金額    |     |         |             |

### 3 添付書類

- (1) 飯山市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付に関する主治医意見書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳（再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し
- (3) 再接種に要した費用の領収書（助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金及び医療機関名が記載されたもの）