様式第１号（第６条関係）

御代田町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

　御代田町長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（助成対象者との関係　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　御代田町造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　助成対象者

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

２　再接種

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

* 裏面に続きます。

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

確認事項

□審査に必要な情報（住民基本台帳、再接種状況等）の提供、確認及び調査に同意します。

署　名

添付書類

１　御代田町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　再接種費用の領収書の写し（助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）