

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

杉戸町長 あて

申請者（保護者）

住所

氏名

（接種者との続柄）

電話番号（ ）

杉戸町造血細胞移植後定期予防接種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、次のとおり申請（請求）します。なお、申請の審査のため、町が住民基本台帳を閲覧し、確認等が必要な場合において、再接種した医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

1 接種対象者

ふり 氏	がな 名	生年月日	年 月 日
---------	---------	------	-------

2 接種の種類及び交付申請額

※太枠内は記入不要です。

種類・回数	再接種日	再接種費用	限度額	申請額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合 計				円

3 助成金振込先（申請者の名義のもの）

金融機関						支店名		口座種別
銀行 信用金庫・農協						本店		1：普通
						支店		2：当座
口座番号（左詰めで記入してください。）						名 義 人	(フリガナ)	

4 添付書類

- (1) 医師の意見書
- (2) 再接種を行った医療機関の領収書や予防接種済証
※接種対象者の氏名、再接種日、再接種ワクチン名、再接種費用及び医療機関名が記載されたものに限る
- (3) 造血細胞移植前に受けた予防接種履歴が確認できる母子健康手帳等の写し
- (4) 助成金の振込先が確認できる書類