

## 寝屋川市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン 再接種費用補助金交付申請書兼請求書

(あて先) 寝屋川市長

### 申請者(保護者)氏名

下記のとおり、予防接種の再接種を受けましたので、必要書類を添えて、補助金の交付を申請します。

なお、交付決定があったときは、下記振込口座に振り込んでください。

被接種者	(フリガナ) 氏名		生年月日	平成 令和 年 月 日 ( 歳 か月)		
			電話番号	( ) -		
	住所	〒 -				
	通知書等送付先					
	接種種目	① B型肝炎 ( ビームゲン使用 円・ヘプタボックス使用 円) ②ヒブ ( 円) ③ 小児用肺炎球菌 ( 円) ④三種混合 ( 円) ⑤4種混合 ( 円) ⑥ BCG ( 円) ⑦ 麻しん風しん混合 (MR) ( 円) ⑧麻しん ( 円) ⑨ 風しん ( 円) ⑩水痘 ( 円) ⑪日本脳炎 ( 1期 円 2期 円) ⑫ 2種混合 ( 円) ⑬不活化ポリオ ( 円) ⑭子宮頸がん予防 ( 円)				
	ワクチン名	接種日(接種時年齢)	接種料金	補助金交付額		
		年 月 日 ( 歳 か月)	円	円		
		年 月 日 ( 歳 か月)	円	円		
		年 月 日 ( 歳 か月)	円	円		
		年 月 日 ( 歳 か月)	円	円		
		年 月 日 ( 歳 か月)	円	円		
		年 月 日 ( 歳 か月)	円	円		
		年 月 日 ( 歳 か月)	円	円		
		合計	円	円		
接種医療機関	名称					
	所在地					
	電話番号	( ) -				
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店舗	店番号	本店 支店 出張所	
	口座番号		預金種別	普通 当座 貯蓄 その他 ( )		
	口座名義人 (※カナで記入してください。)					
<委任状>私は、口座名義人を代理人と定め、定期予防接種費用補助金の受領の権限を委任します。 申請者自署						

### [必要書類]

- ①主治医意見書
- ②医療機関が発行した領収書・明細書。
- ③造血細胞移植前の定期予防接種を接種したことが確認できるもの。
- ④造血細胞移植後の定期予防接種を接種したことが確認できるもの。  
(③と④は母子健康手帳の写し、予防接種予診票等)

**※申請内容について医療機関に確認させていただくことがあります。**