

寝屋川市造血細胞移植後等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・ヘプタバックス使用 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	
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					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造血細胞移植や化学療法前の定期予防接種を接種したことが確認できるもの。
 - ④造血細胞移植や化学療法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。