

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付申請書

薩摩川内市長 様

薩摩川内市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、審査のため住民基本台帳等必要な資料を薩摩川内市の職員が閲覧することを承諾します。

※太枠内をご記入ください。

| | | | |
|-----------|-------|-------|----------|
| フリガナ | | | |
| 申請者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 申請者住所 | | | |
| 被接種者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 再接種した予防接種 | 予防接種名 | 接種年月日 | 申請額(領収額) |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | 合計 | | |

(添付書類)

- 1 造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金に関する主治医意見書
- 2 ワクチン再接種費用の領収書の写し
- 3 母子健康手帳（予防接種欄）の写し
- 4 振込先（口座番号等）のわかるものの写し