

今治市造血幹細胞移植後等の予防接種再接種助成金交付申請書兼交付請求書

年 月 日

（宛先）今治市長

申請者

住 所

氏 名

（被接種者との続柄）

電話番号

今治市造血幹細胞移植後等の予防接種再接種助成金交付要綱第5条第2項の規定により、次のとおり申請します。なお、助成対象と認められた場合、本状をもって請求いたします。  
また、この申請に関し必要な情報（疾病の状況等）があるときは、今治市長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び以下の接種医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 今治市	

助成対象予防接種の種類	接種日	接種費用	請求額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
請求額合計			円

※なお、請求金額は当該予防接種を受けた日に係る今治市と今治市医師会との契約による接種委託料の額及び当該予防接種を受けた日に係る今治市のワクチン契約の金額との合計を上限とします。

（振込先口座）

振込先金融機関名	銀行・農協・金庫		支店・支所						
口座名義人	フリガナ								
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座 番号							

※振込先口座名義は交付申請者と同一名義を記入してください。

**【注意事項】** 助成の対象となる予防接種は、過去に定期の予防接種として接種済みの予防接種に限り、この申請による再接種する予防接種は、任意接種となります。

（添付書類）

- 予防接種再接種に係る医師の意見書（別記様式第2号）
- 造血幹細胞移植等を受ける以前の定期予防接種の記録を確認できる書類（母子手帳等）の写し
- 助成対象予防接種の再接種に係る実費の額がわかる書類（領収証等）
- 助成対象予防接種の接種記録が確認できる書類（母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等）の写し
- その他市長が必要と認める書類