

様式第5号（第10条関係）

宮代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申請書

年 月 日

宮代町長

申請者

住所

氏名

接種対象者との続柄

電話番号

宮代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10条の規定に基づき申請します。

1 接種対象者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			

2 予防接種の種類及び交付申請

※太枠内は記入不要です。

予防接種の種類	接種日	接種費用	上限額	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
	年 月 日	円	円	円
合 計				円

3 添付書類

- (1) 再接種を行った医療機関の領収書
- (2) 予防接種予診票（再接種時に使用し、医師の氏名、その他の必要事項が記載されているものに限る。）又は再接種の履歴が確認できるものの写し