

様式第1号（第5条関係）

登米市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用補助金交付申請書
兼実績報告書兼請求書

年 月 日

（あて先）登米市長

申請者	住所	(〒 -)		
	フリガナ			
	氏名			
	電話番号		続柄	

登米市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり予防接種の再接種費用の補助金を申請等します。なお、市職員が補助金交付等に係る資格審査のために必要な範囲において、関係機関に聴取することに同意します。

対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒 電話番号 - -		
予防接種の種類	定期接種	再接種	接種費用	補助額
	年 月 日	年 月 日	円	円
	年 月 日	年 月 日	円	円
	年 月 日	年 月 日	円	円
	年 月 日	年 月 日	円	円
	年 月 日	年 月 日	円	円
合計			円	円
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無			

振 込 先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
	口座番号			
	口座名義	(フリガナ)		

※ 注意事項 振込口座は、申請者名義に限ります。

【添付書類】

- 1 登米市造血幹細胞移植によるワクチン再接種に係る意見書（様式第2号）
- 2 造血幹細胞移植を受ける以前の定期予防接種歴が確認できる書類の写し（予防接種済証、母子健康手帳等）
- 3 再接種歴が確認できる書類（予防接種済証）
- 4 再接種に係る領収書及び医療費明細書の写し