

守山市骨髄移植後等の予防接種再接種実施報告書兼助成金請求書

年 月 日

守山市長 あて

申請者

住 所

氏 名

電 話

被接種者との関係（ ）

守山市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり報告および請求します。

被接種者	住 所	守山市		
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
機 関 接 種	名 称			
	所 在 地			
請求額 _____ 円				
接種費用 内 訳	B型肝炎	1回目	年 月 日	円
		2回目	年 月 日	円
		3回目	年 月 日	円
	ヒブ感染症	1回目	年 月 日	円
		2回目	年 月 日	円
		3回目	年 月 日	円
		追加	年 月 日	円
	小児の肺炎 球菌感染症	1回目	年 月 日	円
		2回目	年 月 日	円
		3回目	年 月 日	円
		追加	年 月 日	円
四種混合	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
	追加	年 月 日	円	
五種混合	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
	追加	年 月 日	円	
二種混合		年 月 日	円	

	麻しん風しん混合 (MR)	1期 年 月 日 円 2期 年 月 日 円		
	水痘	1回目 年 月 日 円 2回目 年 月 日 円		
	日本脳炎	1回目 年 月 日 円 2回目 年 月 日 円 1期追加 年 月 日 円 2期 年 月 日 円		
	ヒトパピローマ ウイルス感染症	1回目 年 月 日 円 2回目 年 月 日 円 3回目 年 月 日 円		
	その他の ワクチン 種類名 ( )	1回目 年 月 日 円 2回目 年 月 日 円 3回目 年 月 日 円		
	その他の ワクチン 種類名 ( )	1回目 年 月 日 円 2回目 年 月 日 円 3回目 年 月 日 円		
金 振 融 込 機 関 先			銀行・農協 金庫・信用組合	本店 支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※添付書類

- ・再接種に係る領収書
- ・母子健康手帳等の再接種を受けた内容が記載されているもの
- ・口座番号がわかるもの

【申請者本人確認（市担当課記入欄）】

運転免許証 マイナンバーカード 健康保険証 その他（ ）