

様式第 1 号（第 6 条関係）

立科町造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

立科町長 様

申請者
住所
氏名
(助成対象者との関係)
電話番号

立科町造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、下記の内容について確認が必要な場合は、再接種した医療機関へ問い合わせることに同意します。

1 被接種者

氏名		生年月日	
住所			

2 予防接種

予防接種の種類	接種日	接種医療機関	申請（支払）金額（円）

裏面へ続く

予防接種の種類	接種日	接種医療機関	申請（支払）金額（円）

（添付書類）

- 1 立科町造血幹細胞移植後のワクチン再接種に関する主治医意見書（様式２号）
- 2 母子健康手帳（ワクチン再接種が必要となる以前の定期の予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し
- 3 ワクチン再接種費用の領収書原本（助成対象者（被接種者）の氏名、接種日、ワクチン名、金額及び医療機関名が記載されたもの）