様式第１号（第６条関係）

佐久市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付申請書（実績報告書）

　年　　月　　日

（申請・報告先）佐久市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（助成対象者との関係　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　佐久市造血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、下記の事項について内容の確認をする必要がある場合には、再接種した医療機関へ問い合わせることに同意します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

２　予防接種

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 接種日 | 接種医療機関名 | 申請(支払)金額（円） |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 裏面へ続きます。 |  |  |  |
| 予防接種の種類 | 接種日 | 接種医療機関名 | 申請(支払)金額（円） |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
| 合計金額 |  |  |  |

３　添付書類

（１）佐久市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付に関する主治医意見書

（様式第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（助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、

料金及び医療機関名が記載されたもの）