

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

那珂市長 様

申請者 住 所 那珂市
氏 名
接種対象者との関係
電話番号
印

那珂市骨髓移植後等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、那珂市骨髓移植後等に係る予防接種
再接種費用助成金交付要綱第 6 条の規定により申請します。

接種 対象者	住 所	那珂市				
	氏 名					
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）	性別	男・女		
再接種を受ける理由						
接種医療機関名						
再 接 種 の 内 容	接種日	ワクチンの 種類	期/回数	接種費用 A	助成限度額 B	助成額 AとBのうち少ない額
交付申請（請求）額		円				
振 込 口 座	金融機関名				支店名等	
	口座番号				預金種別	普通・当座
	口座名義					

- 3 添付書類
- （1）予防接種再接種費用助成に関する理由書
 - （2）再接種費用に係る領収証（実施医療機関名、予防接種の種類及び接種日が記載されたもの）
 - （3）予防接種の記録が記載されたもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
 - （4）その他市長が必要と認める書類