

様式第5号（第8条関係）

東近江市造血幹細胞移植等による予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東近江市長 様

申請者

住 所 東近江市

氏 名 ㊟

電 話

被接種者との続柄（ ）

東近江市造血幹細胞移植等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり申請します。

被接種者	住 所	東近江市				
	氏 名					
	生年月日	年	月	日		
接種機関	名 称					
	所 在 地					
助成金交付申請額						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
	小児用 肺炎球菌	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

接種費用 内 訳	4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
	2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 ワクチン名 ( )	回目	年	月	日	円	
	回目	年	月	日	円	
そ の 他 ワクチン名 ( )	回目	年	月	日	円	
	回目	年	月	日	円	
振込先 金融機関			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
- ・再接種した予防接種の内容が記載されているもの
- ・口座番号が分かるもの