

塩竈市造血幹細胞移植後ワクチン再接種実施報告書兼助成金請求書

塩竈市長 殿

申請者	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号		被接種者との関係	

塩竈市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり再接種を実施したことを報告しますので、助成金の交付について請求します。また、助成金の交付について必要な情報がある場合は、市がその情報を医療機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ		男	生年月日	年 月 日	年齢
	氏名		女			歳
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ				
ワクチンの種類	接種年月日			支払金額		
	年 月 日			円		
	年 月 日			円		
	年 月 日			円		
	年 月 日			円		
	年 月 日			円		
	年 月 日			円		
	年 月 日			円		

振込希望 口座	金融機関名		口座番号	口座名義人(カタカナで記入)
	銀行	支店		

【添付書類】

- ① 再接種を受けた医療機関が発行する再接種に係る領収書及び医療費明細書の写し
- ② 再接種を受けたことが確認できる書類(予防接種済証又は母子健康手帳)の写し
- ③ 振込希望口座の通帳の写し(金融機関名・支店名・口座番号が分かるもの)

※添付書類は原則お返ししません。

【注意事項】

- ① 支払金額は、対象となる予防接種に対して医療機関に実際に支払った金額を記入してください。ただし、支払った金額が市の定める金額を上回る場合は、市の定める金額が助成額となります。
- ② この実施報告は、記入する予防接種のうち、最も直近で接種した日から1年以内に提出してください。