

骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書

津山市長 様

申請者 住所
氏名 続柄()
電話 () -

予防接種再接種費用の助成を受けたいので、津山市骨髓移植後等の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、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、助成を受けるために必要な範囲内において、市の住民基本台帳との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

被接種者	フリガナ氏名		
	生年月日	年 月 日	(満 歳)
	住所	津山市	
	保護者氏名	(申請者が被接種者本人の場合、記入不要)	
接種希望医療機関	住所：		
	医療機関名：	☎ () -	
助成対象となる予防接種名	要望接種を受けた日	支払額 (領収書額)	※
	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	
	年 月 日	円	

【添付書類】

- 1 特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳、予防接種済証その他当該再接種に対応する既に受けた予防接種歴の接種歴を確認することができる書類（※申請の前1年以内に、当該助成金の交付を受けている場合は、提出免除）