

河南町長 様

申請者 (保護者等) 続柄 _____
 住所 _____
 氏名 _____ ㊟
 電話 _____

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成申請書兼請求書

以下のとおり予防接種の再接種を受けましたので、必要書類を添えて、助成金の交付を申請します。

被 接 種 者	(フリガナ) 氏 名	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
	住 所	電話番号		
	〒585-00 河南町			
予防接種種別		接種日 (接種時年齢)	接種料金	助成金交付額
ヒブ		年 月 日 (歳 か月)	円	円
小児用肺炎球菌		年 月 日 (歳 か月)	円	円
B型肝炎		年 月 日 (歳 か月)	円	円
麻しん		年 月 日 (歳 か月)	円	円
風しん		年 月 日 (歳 か月)	円	円
麻しん風しん混合 (MR)		年 月 日 (歳 か月)	円	円
ジフテリア百日せき破傷風混合 (DPT)		年 月 日 (歳 か月)	円	円
不活化ポリオ (IPV)		年 月 日 (歳 か月)	円	円
ジフテリア百日せき破傷風不活化ポリオ混合 (DPT-IPV)		年 月 日 (歳 か月)	円	円
ジフテリア破傷風混合 (DT)		年 月 日 (歳 か月)	円	円
日本脳炎 (1期)		年 月 日 (歳 か月)	円	円
日本脳炎 (2期)		年 月 日 (歳 か月)	円	円
日本脳炎 (経過措置)		年 月 日 (歳 か月)	円	円
子宮頸がん		年 月 日 (歳 か月)	円	円
BCG		年 月 日 (歳 か月)	円	円
水痘		年 月 日 (歳 か月)	円	円
接種 医療機関	名称			
	所在地			
振込先 金融機関	銀行 農協	本店 支店	種別	1 普通 2 当座
	口座番号			
	口座名義 (フリガナ)		()	

- ◆添付書類 ①主治医意見書 ②接種費用の支払いを確認できるものの原本
 ③母子健康手帳等 ④振込先口座情報を確認できる通帳等