

令和 年 月 日

柴田町造血幹細胞移植後ワクチン再接種助成金交付申請書兼請求書

柴田町長 殿

申請者	住所	(〒 - )		
	フリガナ			
	氏名			
	電話番号		対象者との関係	

柴田町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8条に基づき、関係書類を添えて申請します。また、当該再接種の状況等について、必要がある場合は、町がその状況等を関係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	
	氏名		・	年	月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ			
予防接種の種類		接種年月日	支払金額	助成申請額	
		年 月 日	円	円	
		年 月 日	円	円	
		年 月 日	円	円	
		年 月 日	円	円	
		年 月 日	円	円	
				助成金申請額の合計	
				円	

【添付書類】

- 医療機関が発行する領収書と医療費明細書の写し（被接種者の氏名、接種日、支払金額、接種ワクチン及び接種医療機関が分かるもの）
- 再接種を受けたことが確認できる書類の写し（予防接種済証又は母子健康手帳）  
※添付書類は原則お返ししません。

【注意事項】

- 費用の助成を受けるためには、接種前に予防接種の再接種に係る費用の助成を受けるための認定を申請し、予防接種の再接種費用助成金認定通知書の交付を受ける必要があります。
- 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、支払った金額が柴田町の定める金額を上回る場合は、柴田町の定める金額が助成の上限となります。
- 実施報告書兼請求書は、再接種日から1年以内に行ってください。

