

年 月 日

一関市長 様

一関市造血幹細胞移植後の再接種実施報告書兼助成金交付請求書

申請者 住所：一関市

氏名：  
 （被接種者との続柄： ）  
 電話番号：

年 月 日付で通知があった造血幹細胞移植後の再接種を実施しましたので、一関市造血幹細胞移植後の再接種費用助成事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて助成金の交付を請求します。また、接種した医療機関等に対して、一関市が、再接種の内容や費用等について照会すること及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

1 被接種者

(フリガナ) 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		

2 請求額（※内訳は「4 実施報告」のとおり）

金 額										円
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

3 振込先

金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義
銀行 金庫 農協	本店 支店	普通 当座		フリガナ
※申請者以外の口座に振込みを希望する場合のみ記入してください。 上記請求金額の受領に関することを下記の者に委任します。  <div style="text-align: right;">委任者</div>  受任者 住 所 氏 名				

【添付書類】

- ・接種した医療機関等の領収書及び明細書の写し（被接種者の氏名、接種日、接種料金、予防接種の種類が記載されたもの）
- ・再接種を受けたことが分かるもの（母子健康手帳、予診票の写し等）

【注意事項】

- ・請求は、接種日から1年以内に行ってください。

<裏面も記入してください>

(裏面)

## 4 実施報告

予防接種の種類	回数	接種年月日	①接種料金	②助成上限額	助成額 ①・②のいずれか低い額
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
2種混合 (DT)		年 月 日	円	円	円
日本脳炎	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
麻しん風しん混合 (MR)	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
麻しん (単体)	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
風しん (単体)	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
ヒトパピローウイルス (HPV)	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
ヒブ (Hib)	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
小児肺炎球菌	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
水痘	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
( )	回目	年 月 日	円	円	円
( )	回目	年 月 日	円	円	円
( )	回目	年 月 日	円	円	円
( )	回目	年 月 日	円	円	円
合計金額					円