

予防接種予定日より前の日付を記入
※予防接種を受ける前に申請してください。

骨髄移植等の医療行為により免
任意予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

〒 053 - 8722

申請者 (保護者) 住 所 苫小牧市旭町4丁目5番6号

氏 名 苫小牧 太郎 (印)

電 話 (0144) 32 - 6407

被接種者との続柄 父

骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

接種対象者	住 所	(申請者の住所と同じ場合は省略可)		
	氏 名	フリガナ	接種料金は、医療機関によって異なりますので、ご確認のうえ記載してください。	
		苫小牧 花子		
生年月日	平成30年1月1日			
予防接種名 ※書ききれない場合は、裏面に記載	接種予定年月日	接種費用① (医療機関へ支払う予定額)	苫小牧市記入欄	
			助成上限額② (市が定める額)	申請金額 (①と②で少ない額)
	ヒブ1回目	令和2年4月1日	10,000円	円
	小児用肺炎球菌1回目	同上	12,000円	円
	四種混合1回目	同上	11,500円	円
ヒブ2回目	令和2年5月10日	10,000円	円	円
助成申請合計額			円	

(以下の内容を確認の上、□にチェックしてください。)

- 予防接種について必要な情報 (疾病の状況等) を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します
- 対象者等の

接種を受けるワクチン名と回数 (●回目) を記載してください。
※同じワクチンでも回数ごとに分けて記載してください。

<添付書類>

- (1) 再接種が必要であると判断した医師の意見書 (様式第2号)
- (2) 母子健康手帳 (再接種が必要となる理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。) 又は当該接種履歴が確認できるものの写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

