

第 1 号様式（第 5 条関係）

年 月 日

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業交付申請書

南九州市長 様

申請者 住 所
氏 名

（※）本人が手書きしない場合は，記名押印してください。

電話番号
被接種者との関係【 】

南九州市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により次のとおり申請します。

対象者	住所	□申請者と同じ		
	氏名	□申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日 （ 歳）		
接種した予防接種		接種年月日	接種費用 （申請分のみ記入）	助成金決定額 ※健康増進課記入欄
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
計			円 （申請額）	円 （助成決定額）

- 添付書類
- 1 本人確認書類（母子健康手帳，運転免許証，健康保険証等の写し※氏名，住所，生年月日等の確認できるもの）
 - 2 造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成に関する意見書（第 2 号様式）
 - 3 接種した医療機関等が発行した領収書（被接種者氏名，予防接種の種類及び費用，接種日，医療機関名等が記載されたもの）
 - 4 造血細胞移植前と後で接種済みの予防接種の接種歴が確認できるもの（母子健康手帳の写し，予防接種済証）
 - 5 その他市長が必要と認める書類
- ※注意事項※
- ※注 1 助成の対象となる予防接種は，過去に接種済の予防接種の再接種に限ります。
- ※注 2 この申請により再接種する予防接種は，任意接種となります。