

富田林市定期予防接種ワクチン再接種費用助成申請書(償還払い)

富田林市長 様 年 月 日

申請者 氏名

造血細胞移植等の前に接種した定期予防接種ワクチンの免疫が低下又は消失したことに伴うワクチンの再接種に要する費用の助成を受けるため、必要書類を添えて申請します。

被接種者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	富田林市	電話番号			
振込先金融機関 ※カタカナで記入		銀行 信用組 合	支店			
預金種別 口座番号			口座名義 ※カタカナで記入			

助成を申請する予防接種の種類		自費で支払った金額	助成額 ※担当者記入欄
ヒブ	初回1回目／2回目／3回目／追加	円	円
小児用肺炎球菌	初回1回目／2回目／3回目／追加	円	円
B型肝炎	1回目／2回目／3回目	円	円
5種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリ オ・ヒブ／DPT-IPV-Hib)	初回1回目／2回目／3回目／追加	円	円
BCG	1回	円	円
麻しん風しん混合 (MR)	1期／2期	円	円
水痘 (水ぼうそう)	1回目／2回目	円	円
日本脳炎	1期初回1回目／2回目／1期追加／ 2期	円	円
2種混合 (ジフテリア・破傷風／DT)	2期	円	円
ヒトパピローマウイルス (HPV)	1回目／2回目／3回目	円	円
		円	円
		円	円

必要書類

- 母子健康手帳（定期予防接種履歴が確認できるもの）
- 領収証の原本（予防接種の種類が記載されているもの）
- 予防接種予診票又は予防接種済証の写し

担当者記入欄

受付	年 月 日
受付者	
決定額	円