

年 月 日

福島市造血幹細胞移植その他の理由による再接種費用助成金交付申請書

福島市長

再接種費用の助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな 氏 名		被接種者 との関係	
	住 所	電話番号 - -		
被接種者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	住 所	□上記申請者住所と同じ 福島市		
申請する予防接種				
B型肝炎		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		
ヒブ (Hib)		1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・ 1 期追加		
小児用肺炎球菌 (PCV13)		1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・ 1 期追加		
五種混合 (DPT-IPV-Hib)		1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・ 1 期追加		
四種混合 (DPT-IPV)		1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・ 1 期追加		
水痘		1 回目 ・ 2 回目		
麻しん風しん混合 (MR)		1 期 ・ 2 期		
二種混合 (DT)		2 期		
日本脳炎		1 期初回 (1 回目・2 回目)・ 1 期追加 ・ 2 期		
ヒトパピローマウイルス (HPV)		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		
その他				
振込み口座	金融機関名	金融機関番号	支店番号	
	口座番号	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	□普通 □当座
			口座名義 カタカナ	

【添付】

- ☐ 領収書の原本（接種日と同日で、対象予防接種の種類と金額が明記されたもの）
- ☐ 母子健康手帳の予防接種の記録の写し、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票の写し
- ☐ 申請者名義の通帳の写し（表紙と口座情報のページ）

【注意事項】

- 費用の助成を受けるためには、接種前に福島市造血幹細胞移植その他の理由による再接種費用助成認定申請をして、福島市造血幹細胞移植その他の理由による再接種費用助成認定通知書の交付を受ける必要があります。
- 支払った金額が市の定める金額を上回る場合は、市の定める金額が助成の上限となります。
- 申請期限は予防接種を受けた日から起算して 1 年に達する日の属する月の末日となります。認定を受けた予防接種をすべて受けるのに 1 年以上かかる見込みの場合は複数回に分けて申請するなど、接種日から 1 年を経過しないようご注意ください。