

様式第 5 号（第 8 条関係）

綾部市骨髓移植後等の予防接種再接種費助成金交付申請書

年 月 日 綾部市長 様 申請者 住 所 氏 名 （続柄 ） 電話番号 下記のとおり、予防接種再接種費助成金の交付を申請します。				
被接種者住所				
ふ り が な 被接種者氏名		生 年 月 日		年 月 日
接 種 日	予防接種の種類	回数	接種に要した費用	接種医療機関
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	

※ 添付書類

- 1 再接種費用に係る領収書（被接種者の氏名、再接種の種類、再接種を受けた日、金額及び医療機関名が記載されているもの）
- 2 再接種の内容が記録されている書類（母子健康手帳の写し等）