様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

結 城 市 長　　様

　（申請者）

住　所

氏　名

連絡先

令和６年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請書

骨髄移植等に係る予防接種再接種を受けたいので、令和６年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付要項第４条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接　種　対　象　者 | 氏　　　名 | □申請者と同じ | | | |
| 現　住　所 | □申請者と同じ | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | |
| 再 接 種  ワクチン |  | | | ※　複数のワクチン  　を再接種した場合  　は、裏面にご記入  　ください。 |
| 期・回数等 |  | | |
| 再接種日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 指定振込口座 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫・農協 | | 支店 | |
| 口座種別 | 普通・当座・その他 | 口座番号 |  | |
| 口座名義 |  | | | |

添付書類　（１）令和６年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請に係る状況確認に関する同意書（様式第２号）

（２）結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種診療情報提供書（様式第３号）

（３）予防接種費用の領収書

（４）予防接種済証など予防接種を受けたことを証する書類

（裏面）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 再接種ワクチン | 期・回数等 | 再　接　種　日 |
| １ |  |  | 年　　月　　日 |
| ２ |  |  | 年　　月　　日 |
| ３ |  |  | 年　　月　　日 |
| ４ |  |  | 年　　月　　日 |
| ５ |  |  | 年　　月　　日 |
| ６ |  |  | 年　　月　　日 |
| ７ |  |  | 年　　月　　日 |
| ８ |  |  | 年　　月　　日 |
| ９ |  |  | 年　　月　　日 |
| 10 |  |  | 年　　月　　日 |