

造血細胞移植等により免疫を失った者への再接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

広島市長様

申請者
氏名 _____ 被接種者との続柄 ()

住所 〒 _____
広島市 _____ 区

電話番号 _____

造血細胞移植等により免疫を失った者への再接種費用助成に関する要綱第2条に該当するものと認定を受けた予防接種について、下記のとおり費用の助成金の交付を申請します。

1 被接種者

フリガナ				性別	男・女	
氏名						
生年月日	H・R	年	月	日		
住所	〒 _____					
	広島市 _____ 区 ※申請者と同じ場合は記載不要です。					

2 申請額

予防接種の種類	期・回数	窓口負担額 A	上限額 B	申請額 (AとBのうち少ない額)
合計金額				

※太枠内は記入しないでください。 ※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに広島市が定めた金額が上限となります。

3 振込先口座

金融機関名	銀行・金庫・農協				本店・支店・出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号	番号 (左づめで記入)	(フリガナ)		
				口座名義		
ゆうちょ銀行口座 への振り込みを希 望の場合	店番	口座番号	番号 (左づめで記入)	(フリガナ)		
				口座名義		

- (添付書類)
- ①当該予防接種を接種したことが確認できる書類の写し (「予防接種予診票」又は「母子健康手帳」等)
 - ②接種した医療機関の領収書 (接種日、ワクチン名、被接種者氏名、支払金額、医療機関名が記載されているもの)
 - ③申請者の振込先金融機関の通帳等の写し (上記振込先口座の項目が確認できるもの)

広島市受付印