

令和 年 月 日

骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者  
に対する任意予防接種費用助成金支給申請書

(あて先) 札幌市長

申請者 (被接種者が18歳未満の場合は保護者)

〒  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (被接種者との続柄: \_\_\_\_\_)  
電話番号 \_\_\_\_\_

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 札幌市 区 _____		
	(フリガナ) 氏 名	( <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 )		
	生年月日	平成・令和	年 月	日生 (満 歳 ヶ月)
予 防 接 種 名	接 種 年 月 日	接 種 費 用 ① (支払った金額)	札幌市記入欄	
			助成上限額② (札幌市委託料)	申請金額 (①と②で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
助成金申請合計金額			円	

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農協・信用組合				本店・支店 ・出張所	
	金融機関コード	_____	_____	支店番号	_____	_____
<input type="checkbox"/> 座 種 別	普通・当座	口座番号	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 座 名 義	フリガナ -----					

添付書類

- 予防接種実施医療機関の領収書 (接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの)
- 母子健康手帳または予防接種予診票など (再接種を受けた履歴が確認できるものの写し)
- 振込先金融機関、支店、口座番号、口座名義人が記載されている通帳またはキャッシュカード等の写し

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。