

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

私は、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要綱第 8 条の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請しますので、下記口座に振替えてください。

なお、必要があるときは下記事項について、札幌市が再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

被 接 種 者	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 札幌市 区							
	(フリガナ) 氏 名	(☐ 男 ・ ☐ 女)							
	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日	生 日 (満 歳 ケ月)						
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 本店・支店 農協・信用組合 支店・出張所								
	金融機関コード					支店番号			
口 座 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号							
口 座 名 義	フリガナ								

添付書類

- (1) 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）
- (2) 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）
- (3) 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。