

様式第1号（第7条関係）

三次市骨髓移植患者等の予防接種ワクチン再接種費用補助金申請書兼実績報告書

年 月 日

三次市長 様

申請者（保護者）住 所

氏 名

三次市骨髓移植患者等の予防接種ワクチン再接種費用補助金について、次のとおり実施したので、三次市骨髓移植患者等の予防接種ワクチン再接種費用補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて報告します。

接種対象者	氏名			
	生年月日	年 月 日		
予防接種の種類及び接種年月日	予防接種の種類 (接種年月日)	支払額 A	補助上限額 B	申請額 (A・Bの低い方の額)
	(年 月 日)			
	(年 月 日)			
	(年 月 日)			
	(年 月 日)			
	(年 月 日)			
	(年 月 日)			
	(年 月 日)			
	申請額 合計			
接 種 医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			

添付書類

- 1 予防接種ワクチン再接種費用補助金交付申請に係る医師の意見書（様式第2号）
- 2 対象予防接種を受けた医療機関が発行した領収書（接種した予防接種の種類が記載されているもの）
- 3 予防接種予診票又は母子健康手帳の予防接種記録の写し
- 4 三次市骨髓移植患者等の予防接種ワクチン再接種費用補助金請求書（様式第3号）
- 5 その他市長が必要と認める書類