

山口市がん治療後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)山口市長

申請者 丁
 住所 山口市
 氏名
 電話番号
 (被接種者との関係)

山口市がん治療後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認が必要な場合には、接種した医療機関に問い合わせることに同意します。

1. 被接種者

住 所	□申請者に同じ 山口市		
フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日

2. 予防接種(該当するものに○を付け、金額を記入)

予防接種の種類、回数	支払金額	予防接種の種類、回数	支払金額
五種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円	麻しん風しん混合(MR) 1期・2期	円
四種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円	麻しん 1期・2期	円
三種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円	風しん 1期・2期	円
二種混合 2期	円	日本脳炎 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	円
不活化ポリオ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円	水痘 1回目・2回目	円
ヒブ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円	B型肝炎 1回目・2回目・3回目	円
小児用肺炎球菌 初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円	子宮頸がん予防 1回目・2回目・3回目	円
再接種年月日	年 月 日	支払金額(合計)	円

備考:助成金額は、支払金額と市の契約単価のうち、いずれか低い額になります。

3. 振込先(※申請者名義の口座としてください。)

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種 別	1 普通 2 当座 3 その他			
金融機関コード	店 舗 コード	口座番号				
フリガナ						
口座名義人						

4. 関係書類

- ① 山口市がん治療後等の予防接種再接種に係る医師の意見書(様式第2号)
- ② 母子健康手帳等の治療前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの(写し可)
- ③ 再接種した医療機関が発行した予防接種の種類が確認できる領収書の原本
- ④ 母子健康手帳等の再接種した予防接種の記録が確認できるもの(写し可)
- ⑤ その他市長が必要と認める書類

受付年月日	年 月 日	交付金額	円
-------	-------	------	---