

第1号様式(第5条関係)

茅ヶ崎市骨髄移植後等における定期予防接種再接種費用補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

住所  
申請者 氏名 印※  
※本人確認書類を提示することで、押印を省略することができます。  
 被接種者との続柄  
 電話番号

茅ヶ崎市骨髄移植後等における定期予防接種再接種費用補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	接種日時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
接種の内容		別紙のとおり				
予防接種の種類		定期予防接種の接種日	再接種日	再接種に要した費用の額(A)	補助限度額(B)	交付申請額(C=A・Bのうち少ない額)
小児の肺炎球菌	初回1回目			円	円	円
	初回2回目			円	円	円
	初回3回目			円	円	円
	追加			円	円	円
B型肝炎	1回目			円	円	円
	2回目			円	円	円
	3回目			円	円	円
5種混合	初回1回目			円	円	円
	初回2回目			円	円	円
	初回3回目			円	円	円
	追加			円	円	円
4種混合	初回1回目			円	円	円
	初回2回目			円	円	円
	初回3回目			円	円	円
	追加			円	円	円
3種混合	初回1回目			円	円	円
	初回2回目			円	円	円
	初回3回目			円	円	円
	追加			円	円	円
ヒブ	初回1回目			円	円	円
	初回2回目			円	円	円
	初回3回目			円	円	円
	追加			円	円	円

