

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 ⑨※  
※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

不活化ポリオ	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
水痘	1回目			円	円	円
	2回目			円	円	円
麻しん・風しん混合	1期			円	円	円
	2期			円	円	円
麻しん	1期			円	円	円
	2期			円	円	円
風しん	1期			円	円	円
	2期			円	円	円
日本脳炎	1期初回1回			円	円	円
	1期初回2回			円	円	円
	1期追加			円	円	円
	2期			円	円	円
2種混合2期				円	円	円
子宮頸がん	1回目			円	円	円
	2回目			円	円	円
	3回目			円	円	円
合 計						円

備考 1 「被接種者」の「接種日時点の住所」の欄は、被接種者の接種日時点の住所が申請者の住所と同じ場合は、「申請者と同じ」の□にレ印を記入することで、接種日時点の住所の記載を省略することができます。

2 次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 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に係る意見書（第2号様式）
- (2) 母子健康手帳その他の予防接種の記録を確認することができる書類
- (3) 領収書その他の再接種に要した費用の額を確認することができる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

担当課 記入欄	本人確認書類（※押印省略時のみ使用） □マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □健康保険証 □その他（ ）			(収受印)
	受付者		受付方法	