

様式第5号（第9条関係）

門真市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成申請書

令和7年 3月 31日

門真市長 宮本 一孝 様

申請者 住所

氏名

電話番号

被接種者との続柄

門真市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり助成金の申請をします。また、門真市がこの助成の決定に必要があると判断し、接種した医療機関等に対して予防接種の内容や費用等について問合せをすること及び医療機関等がこの問合せについて回答することを了承します。

門真市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定通知書 交付番号			第 号 年 月 日							
再度予防接種を受けた理由		造血細胞移植により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できなくなったため								
接種対象者	フリガナ 氏名						生年月日 年 月 日生			
	住所									
予防接種名 (ワクチンの 名称)	接種年月日	支払金額 (A)	門真市記入欄							
			上限金額 (B) (門真市委託料)			申請金額 (C) 《(A) と (B) で 少ない額》				
	年 月 日	円	円			円				
	年 月 日	円	円			円				
	年 月 日	円	円			円				
	年 月 日	円	円			円				
	年 月 日	円	円			円				
	年 月 日	円	円			円				
	年 月 日	円	円			円				
申請金額 (合計)			円							
銀行・支店名		銀行・信用金庫 本店・支店 農協・信用組合 支所・出張所								
口座種別 口座番号	口座種別	1 普通 2 当座	口座番号							
ゆうちょ銀行	記号		番号							
口座名義	フリガナ									

※振込先は、申請者名義の口座にしてください。

申請は、接種した年度の3月31日までに行ってください。