

調布市長 宛

調布市予防接種再接種費助成金交付申請書

調布市予防接種再接種費助成金交付要綱第6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、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関へ確認することに同意します。

同意欄 氏名

太枠の中をご記入ください。

申請者	ふりがな		被接種者 との続柄	
	氏名			
	現住所			
	電話番号			

被接種者	ふりがな		生年 月日	年	月	日	
	氏名						
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ					
再接種実施医療機関							
申請 内 訳	予防接種の種類		再接種を受けた日	接種費用	基準額	助成額	備考
		回目	年 月 日	円	円	円	
		回目	年 月 日	円	円	円	
		回目	年 月 日	円	円	円	
		回目	年 月 日	円	円	円	
		回目	年 月 日	円	円	円	
					合 計	円	

※接種費用と基準額を比較して少ない方の額が助成額になります。

振込先 ※口座名義は申請者のものに限りませう。

金融機関名	コード				支店名	コード			
預金口座	普通 ・ 当座		口座番号						
フリガナ									
口座名義									

(裏)

〈必要書類〉

- 1 骨髄移植手術等を行う前に受けた定期接種の記録が確認できる書類（母子健康手帳、予防接種済証、接種済みの記載がある予診票の写し等）
- 2 再接種の記録が確認できる書類（母子健康手帳、予防接種済証、接種済みの記載がある予診票の写し等）
- 3 再接種費用の支払いを証明する書類の原本（領収書、支払証明書等）
- 4 意見書（第2号様式）
- 5 その他市長が必要と認める書類（必要に応じて提出していただく場合があります。）

〈注意事項〉

- 1 骨髄移植手術等により接種済みの定期接種の効果が期待できないと医師に判断されている方で、再接種を受けた日に調布市に住民登録のある方が対象です。
- 2 ワクチンごとに再接種年齢に上限があります。
- 3 国内の医療機関で再接種を受け、実費を負担したものに限りです。
- 4 予防接種法第5条1項に規定するA類疾病（ロタウイルス感染症を除く）の定期接種の再接種が助成対象です。
- 5 再接種を受けた日の属する年度において市長が指定する医療機関で実施する定期接種単価を上限とし、実際に負担した接種費用のみを助成します。（交通費、宿泊費、文書料等は対象となりません。）
- 6 申請期間は再接種を受けた日から2年以内です。