様式第７号（第１１条関係）

年　　月　　日

富谷市造血幹細胞移植後ワクチン再接種実施報告書兼
造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金請求書

富谷市長　宛

申請者
住　所
氏　名
（被接種者との関係）
電　話

富谷市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付要綱第１１条に基づき，次のとおり接種したことを報告します。併せて，ワクチン再接種費用の助成を受けたく申請します。また，助成金の交付について必要な情報がある場合は，富谷市がその情報を医療機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日
	氏 名			年　　月　　日
	住 所	□ 上記申請者住所と同じ		

予防接種の種類	接種年月日	支払金額（A）	助成上限額（B）	助成申請額 （A）又は（B）の いずれか少ない方

振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。

振込先	金融機関名	銀行　金庫 農協　組合						支店　支所 出張所		
	預金の種別及び口座番号	普通預金 ・ 当座預金								
		口座番号（右づめ）								
	ゆうちょ銀行	通帳記号	1					0		
		通帳番号（右づめ）								
	フリガナ									
	口座名義人									

【添付書類】

① 医療機関が発行した領収書及び医療費明細書原本
② 医療機関が発行した予防接種済証原本，医療機関により予防接種名及び予防接種を受けた日が記載された母子健康手帳又は予診票の写しのうちいずれか一つ
③ 振込先の金融機関名，支店，口座番号，口座名義人等がわかる通帳の写し