

## 様式第1号（第4条関係）

## 昭和町造血幹細胞移植後予防接種支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

昭和町長 様

次のことに同意の上、関係書類を添えて、予防接種費用の助成を申請します。

- 助成要件の確認のため、町が住民基本台帳及び個人住民税課税台帳を閲覧すること。
- 町から医療機関に対し、造血幹細胞移植後の医療における予防接種について照会すること。
- 町から県に対し、町の助成実績に係る情報（個人情報を除く。）を提供すること。

申請者	ふりがな	生年月日		
	氏名	年 月 日 ( 歳 )		
	住所	〒	電話	( )
助成対象者	※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。			
	ふりがな	生年月日		
	氏名	年 月 日 ( 歳 )		
住所	〒	電話	( )	
要件	助成を申請する予防接種について、定期の予防接種として受けていますか。また、他の制度による助成等を受け、又はその予定がありますか。		はい・いいえ ※「はい」の場合は、助成対象外です。	
No.	ワクチンの種類	接種回数・年月日	接種金額	1回上限額
			円	円
			円	円
			円	円
助成申請額	円 ※ワクチンの種類ごとに、接種1回あたりの接種金額と上限額を比較し、いずれか低い方の額に接種回数を乗じて得た額を合計した額			
振込先	金融機関名			本支店名
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
口座名義				
添付書類	● (必要に応じて) 造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書（様式第2号）			
	● 造血幹細胞移植後予防接種実施記録票（様式第3号）			
	● 領収書（被接種者の氏名、予防接種を受けた年月日、予防接種の種類及び金額の記載のあるもの）の写し			
	● 助成金の振込先口座の通帳など（カナ名義及び口座番号を確認できるもの）の写し			
注意事項	ワクチンの薬事承認の適応対象であることが助成の条件となり、薬事承認の変更により、助成対象年齢が変更になることがあります。 薬事承認上、4種混合ワクチン及び5種混合ワクチンの助成対象者は、「15歳未満」となります。			
	町記入欄	申請 受理日	年 月 日	助成 決定額