

予防接種再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

立川市長 殿

申請者 氏 名 _____ 印

(自署の場合は押印を省略することができます。)

住 所 _____

電 話 _____

予防接種再接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、助成を受けるために必要な範囲内において、市の住民基本台帳及び医療機関等へ確認をすることに同意します。

1 被接種者

被接種者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
--------	------	------	-------

2 再接種

再接種の種類	接種日	支払額	市の接種委託単価	請求金額
	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
計				円

備考 請求金額は、再接種に要した費用（支払額）と市の予防接種の委託単価（消費税を含む。）とのうち、いずれか低い金額になります。

3 関係書類

- (1) 領収書（接種した予防接種の種類及び自己負担額が確認できるもの）の原本
- (2) 予防接種の接種歴が確認できる書類（母子健康手帳の写し等）
- (3) 予防接種再接種費用助成に関する医師の意見書（第2号様式）