

岩沼市造血幹細胞移植後ワクチン再接種実施報告書

岩沼市長 殿

申請者	住所	(〒 -)		
	フリガナ			
	氏名	(印)		
	電話番号		被接種者との関係	

岩沼市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第12条の規定に基づき、次のとおり接種したことを報告するとともに、再接種費用について次のとおり請求します。また、助成金の交付について必要な情報がある場合は、岩沼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	生年月日
	氏名		・	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 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	
	年 月 日		円	
	年 月 日		円	
	年 月 日		円	
	年 月 日		円	
	年 月 日		円	
	年 月 日		円	
合計金額			円	

【添付書類】

- 接種した医療機関が発行する領収書及び医療費明細書の写し（被接種者の氏名、接種日、支払金額、接種ワクチン及び接種医療機関が分かるもの）
- 当該対象予防接種を再接種したことが確認できる書類（対象予防接種済証又は母子健康手帳）の写し

※添付書類は、原則お返ししません。

【注意事項】

- 費用の助成を受けるためには、**接種前に予防接種の再接種費用助成申請を行い、予防接種の再接種費用助成認定通知書の交付を受ける必要があります。**
- 支払金額は、対象となる予防接種に対して医療機関に実際に支払った金額を記入してください。
ただし、支払った金額が岩沼市の定める金額を上回る場合は、岩沼市の定める金額が助成の上限となります。
- 報告は、再接種日から1年以内に行ってください。