

骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する
任意予防接種実施報告書

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

〒 ー

申請者（保護者）

住所

氏名

㊟

電話

()

ー

令和 年 月 日付け苫小牧市指令健第 号で助成金の交付決定のあった予防接種が完了しましたので下記のとおり報告します。

接種対象者	住所	(申請者の住所と同じ場合は省略可)		
	氏名	フリガナ		
	生年月日			
予防接種名 ※書ききれない場合は、裏面に記載	接種年月日	接種費用① (医療機関へ支払った額)	苫小牧市記入欄	
			助成上限額② (市が定める額)	申請金額 (①と②で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
助成申請合計額			円	

<添付書類>

- 再接種費用の領収書（接種対象者が接種した予防接種の種類が記載されたものに限る。）の写し
- 予防接種予診票（再接種時に使用し、接種医及び保護者の署名その他必要事項が記載されているもの）又は当該接種履歴が確認できるものの写し

