

様式第4号（第11条関係）

市からの交付決定日より後
かつ
すべての予防接種が終わった後の日付を記入

骨髓移植等の医療行為により免
任意予防接種実施報告書

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

〒 053 - 8722

申請者（保護者） 住所 苫小牧市旭町4丁目5番6号

氏名 苫小牧 太郎 (印)

電話 (0144) 32 - 6407

被接種者との続柄 父

市からの交付決定通知書の日付と番号

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	医療機関に支払った料金（税込）を ワクチンごとに記載してください。	
	生年月日	苫小牧 花子	平成30年1月1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) 決定金額 (①と②で少ない額)	
ヒブ1回目	令和2年4月1日	10,000円	円	円
小児用肺炎球菌1回目	同上	12,000円	円	円
四種混合1回目	同上	11,500円	円	円
ヒブ2回目	令和2年5月15日	10,000円	円	円
助成申請合計額			円	

<添付書類>

- 再接種費用の領収書（再接種時に限り、領収書に記載されたものに
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

交付申請時の予定日と実際に接種した日が
異なっても問題ありません。

