

（宛先）立山町長

申請者（助成対象者又は保護者）  
 住所  
 氏名（自署）  
 助成対象者との続柄  
 電話番号

立山町骨髄移植患者等定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

次のとおり立山町骨髄移植患者等定期予防接種ワクチン再接種費用助成金の交付について添付書類を添えて申請します。なお、申請後に立山町が予防接種について必要な情報（疾病の状況等）がある時は、その情報を医療機関に照会することに同意します。

1. 助成対象者

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
住所	〒 -		
	立山町		

2. 再接種した予防接種の種類及び接種費用の合計金額

再接種した 予防接種の種類	裏面に記載のとおり
接種費用の 合計金額	円

3. 助成金の振込先

金融機関名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	フリガナ
			口座名義人

〔添付書類〕

- ・再接種費用に係る領収書等の写し（助成対象者の氏名、再接種の種類、再接種を受けた日、金額及び医療機関名等が記載されているもの）
- ・立山町骨髄移植患者等定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する意見書（様式第2号）
- ・骨髄移植等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるものの写し（母子健康手帳の写し等）
- ・再接種の内容が記録されているものの写し（母子健康手帳の写し等）
- ・助成金の振込先が確認できる預金通帳のページ等の写し

