

様式第1号（第5条関係）

再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）秋田市長

申請者

住 所

電話番号

下記のとおり、秋田市再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により申請します。

記

1 予防接種の種類等

対象者 (被接種者)	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	現住所	〒
予防接種 の 種 類	<ul style="list-style-type: none"> ・五種混合 ・四種混合 ・二種混合 ・麻しん風しん ・日本脳炎 ・BCG ・H i b感染症 ・小児の肺炎球菌感染症 ・ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPV) ・水痘 ・B型肝炎 ・ロタウイルス 感染症 	<ul style="list-style-type: none"> 第1期初回（1回目・2回目・3回目）、追加 第1期初回（1回目・2回目・3回目）、追加 第2期 第1期、第2期 第1期初回（1回目・2回目）、追加、第2期 1回 初回（1回目・2回目・3回目）、追加1回 初回（1回目・2回目・3回目）、追加1回 2価 1回目・2回目・3回目 4価 1回目・2回目・3回目 9価 1回目・2回目・3回目 1回目・2回目 1回目・2回目・3回目 1価 1回目・2回目 5価 1回目・2回目・3回目
接種医療機関	名 称	
	所在地	

2 振込口座

振込先	銀行・協同組合		本店・支店	
	金庫・信用組合		支所・出張所	
	店番	種目	普通・当座	口座番号
フリガナ	-----			
口座名義人				

3 確認・同意事項 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）および医療機関等における情報について、市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
骨髄移植等の医療行為を受ける前に、定期接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の再接種費用について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4 提出書類

- 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等）
- 振込先が確認できる預金通帳、キャッシュカード等の写し
- 骨髄移植等の医療行為の前に定期の予防接種を受けたことが確認できる予診票、母子健康手帳の予防接種記録等の写し
- 再接種が必要と医師が判断した理由書（様式第2号）
- 再接種費用の支払いが確認できる領収書、明細書等の原本
- 再接種を受けたことが確認できる母子健康手帳の予防接種記録、予診票等の写し

※他にも追加書類の提出を求めることがあります。