

湖南省造血幹細胞移植等による予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

湖南省長 宛

申請者

住 所

氏 名

㊞

電 話

被接種者との続柄（ ）

湖南省造血幹細胞移植等による予防接種再接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり申請します。

記

被接種者	住 所	湖南省				
	氏 名					
	生年月日	年 月 日				
接種機関	名 称					
	所 在 地					
助成金交付申請額						円
接種費用 内 訳	B型肝炎	1回目	年	月	日	円
		2回目	年	月	日	円
		3回目	年	月	日	円
	ヒブ 感染症	1回目	年	月	日	円
		2回目	年	月	日	円
		3回目	年	月	日	円
		追 加	年	月	日	円
	小児用 肺炎球菌	1回目	年	月	日	円
		2回目	年	月	日	円
		3回目	年	月	日	円
		追 加	年	月	日	円

接種費用 内 訳	四種混合	1回目	年	月	日	円
		2回目	年	月	日	円
		3回目	年	月	日	円
		追 加	年	月	日	円
	二種混合		年	月	日	円
	麻しん風 しん混合 (MR)	1 期	年	月	日	円
		2 期	年	月	日	円
	水 痘	1回目	年	月	日	円
		2回目	年	月	日	円
	日本脳炎	1回目	年	月	日	円
2回目		年	月	日	円	
1期追加		年	月	日	円	
2 期		年	月	日	円	
ヒトパピロ ーマウイル ス感染症	1回目	年	月	日	円	
	2回目	年	月	日	円	
	3回目	年	月	日	円	
そ の 他 ワクチン名 ()	回目	年	月	日	円	
	回目	年	月	日	円	
そ の 他 ワクチン名 ()	回目	年	月	日	円	
	回目	年	月	日	円	
振込先 金融機関			銀行・農協 金庫・信用組合		本店 支店 支所 出張所 代理店	
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座 名義人					

※添付書類

- ・再接種に係る接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書等）（原本）
- ・再接種した予防接種の接種記録が確認できる書類（母子健康手帳等又は予診票）
- ・振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード（口座番号等がわかるもの）