様式第６号（第９条関係）

年　　月　　日

村田町造血幹細胞移植後ワクチン再接種実施報告書

村田町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成決定者 | 住所 | （〒　　　　　－　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  | 対象者との関係 |  |

　村田町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第９条に基づき、次のとおり接種したことを報告します。また、助成金の交付について必要な情報がある場合は、村田町がその情報機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | 男女 | 生年月日 |
| 氏　名 |  | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | □上記申請者と同じ |
| **予防接種の種類** | **接種年月日** | **支払金額** |
|  | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 円 |
|  | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 円 |
|  | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 円 |
|  | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 円 |
|  | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 円 |
|  | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 円 |
| 合　計 | 円 |

**【添付書類】**

①接種した医療機関の領収書及び医療費明細書の写し(被接種者の氏名、接種日、支払金額、接種ワクチン及び接種医療機関が分かるもの)

②当該予防接種を接種したことが確認できる書類(予防接種済証又は母子健康手帳)の写し

　※添付書類は原則お返ししません。

**【注意事項】**

①費用の助成を受けるためには、接種前に予防接種の再接種費用助成申請をし、予防接種の再接種費用助成金助成認定通知書の交付を受ける必要があります。

②支払金額は、対象となる予防接種に対して医療機関に実際に支払った金額を記入してください。ただし、支払った金額が村田町の定める金額を上回る場合は、村田町の定める金額が助成の上限となります。

　報告は、接種日から１年以内に行ってください。