

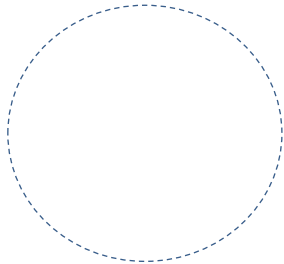
(様式第4号)

## 堺市特別の理由による任意予防接種費用助成申請書

(骨髄移植等による予防接種の再接種にかかる費用助成)

年 月 日

堺市長様



申請者	住所			
	フリガナ			
	氏名	申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。		
	電話番号		被接種者との関係	

特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請を行なった予防接種を接種しましたので、下記のとおり、関係書類を添えて助成金の申請をいたします。

また、堺市がこの助成の決定に必要があると判断し、接種した医療機関等に対して予防接種の内容や費用等について問い合わせること、及び医療機関等がこの問い合わせについて回答することを了承します。

堺市特別の理由による任意 予防接種費用助成対象認定 通知書交付番号	第 年 月 日 号				
再度予防接種を受けた理由	骨髄移植等により、接種済みの定期的予防接種の予防効果が期待できなくなったため				
被接種者	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日 生
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ			
接種年月日	接種医療機関	予防接種の種類	支払金額 (A)	上限金額 (B)	申請金額 (C)
年 月 日			円	円	円
年 月 日			円	円	円
年 月 日			円	円	円
年 月 日			円	円	円
年 月 日			円	円	円
申請金額 (合計)					円
※ (C) の申請金額は (A) と (B) のうち、少ない方の金額を記入してください					

注意

- この助成を受けるためには、**予防接種の接種前に、特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請をし、特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定通知書の交付を受ける必要があります。**
- 助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種の再接種に限ります。
- 助成の対象となるのは、被接種者が20歳に達するまでに接種したものに限り、次ぎの予防接種には年齢制限があります。  
四種混合【15歳未満】・BCG【4歳未満】・ヒブ【10歳未満】・小児用肺炎球菌【6歳未満】
- 申請金額は、対象となる予防接種に対して医療機関に支払った金額を記入してください。ただし、支払った金額が堺市の定める金額を上回る場合は、堺市の定める金額が助成の上限となります。
- 申請の添付書類として、予防接種を接種したことが確認できる書類（接種済証等）、領収書（原本）、振込先の口座が確認できる物の写しが必要となります。※領収書が当該予防接種のものであると確認できない場合は、別途領収金額の内訳がわかる明細書等が必要となります。
- 振込先は、申請者名義の口座にしてください。
- 申請は、接種した年度の3月末までに行ってください。（3月接種分は、翌年度の4月10日まで）