

様式第 1 号

予防接種再接種費用助成金交付申請書

伊丹市長 様

予防接種再接種費用の助成金交付を受けたく、伊丹市予防接種再接種費用の助成に関する要綱第 8 条の規定により、下記の再接種者の助成対象者としての認定について、関係書類を添えて申請します。なお、この申請にあたり市が保有する情報について閲覧し調査すること、および医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請日 年 月 日 ※太枠内をご記入ください。

申請者 保護者	住所	〒	電話番号	※日中連絡のつく番号をご記入ください。
	フリガナ		再接種者との続柄	
氏名				
再接種者	住所	〒	電話番号	
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名				

※審査後、助成金交付（不交付）決定通知書は申請者に送付します。

【必要書類】

- ① 医師の理由書（様式第 2 号）
- ② 骨髄移植等を行う前に定期予防接種を受けた履歴が確認できるもの（母子健康手帳、予防接種済証等の写し）
- ③ 申請しようとする月の属する年度（4 月から 6 月までの場合にあつては前年度）分の課税（所得・非課税）証明書（助成対象者及び助成対象者と同一の世帯に属する方全員分）