

任意予防接種費用助成申請書

第 号

提出先 足立区長 年 月 日

申請者住所（転出の方は現住所記入） 電話番号（日常つながる連絡先）
〒

申請者氏名 接種者との続柄（ ）

接種者氏名 接種者生年月日 年 月 日

骨髄移植等を行い、既に接種済みの予防接種の再接種が必要と医師に判断された等、やむを得ない理由により、
ワクチンを任意接種で受け、任意接種費用助成を受けたいので、下記のとおり申請します。
資格要件等の情報について必要がある時は、区が保有する情報を確認することに同意します。
また、資格要件に該当しない事実が判明した時は、任意接種費用助成金を返還いたします。

助成内容

ワクチン名	回数	接 種 日	接種費用	助成金額
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円

本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。
本人自署

申請額 円

接種医療機関

接種医療機関名	
接種医療機関所在地	

接種等の情報について必要がある時は、区が接種医療機関に情報を確認することに同意します。

【郵送申請先】 〒120-8510
足立区中央本町1-17-1
衛生部保健予防課予防接種係
任意予防接種費用助成担当

-----区記入欄-----
審査の結果
円
の助成金を決定する。

年 月 日