様式第１号（第５条関係）

深谷市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助金交付申請書兼請求書

深谷市長　　　　　　　あて

申請者　住所

　　　　氏名

　　　　（被接種者との続柄：　　　　　）

　　　　電話番号

　深谷市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 深谷市 |
| 再接種した予防接種名、金額（※行が不足する場合は別紙を添付してください。） | 再接種予防接種名 | 金額 |
| DPT-IPV（ 1回目・2回目・3回目・追加） | 円 |
| DPT（ 1回目・2回目・3回目・追加） | 円 |
| 不活化ポリオ（ 1回目・2回目・3回目・追加） | 円 |
| 麻しん風しん混合（ 1期・2期 ） | 円 |
| 麻しん（単抗原）（ 1期・2期 ） | 円 |
| 風しん（単抗原）（ 1期・2期 ） | 円 |
| 日本脳炎（ 1期1回目・1期2回目・1期追加・2期 ） | 円 |
| ヒブ（ 1回目・2回目・3回目・追加） | 円 |
| 小児用肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加） | 円 |
| HPV（ 1回目・2回目・3回目 ） | 円 |
| 水痘（ 1回目・2回目 ） | 円 |
| B型肝炎（ 1回目・2回目・3回目） | 円 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　） | 円 |
| 合計　　　　　　　　　円 |
| 振込先（※振込先のわかる通帳等の写しを添付してください。） | 金融機関名 |  | 本・支店名 |  |
| 口座の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |