様式第3号（第7条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号及び番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　酒　田　市　長　　印

**造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成対象認定通知書**

年　　月　　日付けで申請のあった造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成対象認定について、酒田市造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第７条の規定に基づき、下記のとおり認定しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種  対象者 | 氏　名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | | |
| 認定の対象となる  予防接種 | |  | | |

【留意事項】

　１　予防接種当日は、本認定通知書および母子健康手帳（お持ちの方）を持参してください。

　２　医療機関において認定した予防接種を受け、その接種費用の実費を当該医療機関にお支払いください。

　３　認定した予防接種の最終接種日から起算して６月に達する日の属する月末までに、次の書類を添付のうえ、酒田市造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書を提出してください。

　（１）認定した予防接種を実施した医療機関が発行する領収書又は支払額が確認できる書類（接種対象者氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）

　（２）認定した予防接種の記録が記載された母子健康手帳又は予防接種予診票の写し等、当該予防接種を受けたことが証明できるもの

　（３）申請者の振込先金融機関の口座が確認できる書類