

様式第5号（第7条関係）

香美町造血細胞移植等後の予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

香美町長 様

申請者

住所：_____

（保護者）

氏名（続柄）：_____（ ）

電話：（ ） _____

香美町造血細胞移植等後の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。

なお、記載内容について町が保有する個人情報を読覧すること、及び医療機関等に照会することについて同意します。

1 被接種者

フリガナ 被接種者氏名		生年月日	年 月 日
請求者 （保護者）氏名	被接種者との関係（ ）		
住所			
連絡先	（ ） — （日中に連絡可能な番号を記入ください。）		
接種医療機関	（名称） （所在地）		

2 予防接種の種類及び助成金請求額 ※太枠内は、本町で記入します。

種類	接種日	接種費用	基準額	請求額
	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
	年 月 日	円	円	円
合 計				円

3 助成金振込先

金融機関名	銀行 ・ 信用（金庫・組合） ・ 農協		
本支店名	本店 ・ 支店 ・ 出張所 ・ 支所		
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
（フリガナ）			
口座名義人			

（添付書類）

- ① 予防接種実施医療機関の領収書（助成対象者が接種した予防接種の種類が記載されているものに限る。）（原本）
- ② 予防接種の再接種歴のわかるもの（母子健康手帳や予防接種済証の写し）
- ③ 振込先金融機関口座が確認できる書類