

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

大野市長 様

申請者 住 所 大野市
 (保護者名) 氏 名
 電話番号

大野市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金交付要綱第8条の規定により、必要書類を添えて次のとおり助成金を請求します。

また、この申請内容を審査するために、市が被接種者の住民登録情報を確認すること、必要があるときは下記事項について市が医療機関に確認を行うことに同意します。

※太枠の中をご記入ください。

| | | | | |
|------------------|-----|----------------|-------|-------|
| 被 接 種 者 | 住 所 | □申請者と同じ 大野市 | | |
| | 氏 名 | 年 月 日 生 | | |
| 接種医療機関 | | 名称 | | |
| | | 所在地 | | |
| 予防接種の種類 | 回数 | 総接種費用 | 助成上限額 | 助成決定額 |
| | 回 | 円 | 円 | 円 |
| | 回 | 円 | 円 | 円 |
| | 回 | 円 | 円 | 円 |
| | 回 | 円 | 円 | 円 |
| | 回 | 円 | 円 | 円 |
| | 回 | 円 | 円 | 円 |
| 合 計 | | | 円 | |

振込先

| | | | |
|---------------|-------|------|--|
| ふりがな 口座名義人 | | | |
| 金融機関名 | | 支店名 | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |

<添付書類>

- ・再接種費用の領収書（助成対象予防接種の種類が記載されたものに限る。）
- ・予診票（再接種に使用し、接種医、保護者の署名その他の必要事項が記載されたものに限る。）又は再接種の履歴が確認できるものの写し
- ・振込先の通帳の写し

<注意事項>

- (1) 再接種日及び助成金の申請をする日において、市内に住所を有する20歳未満の者が対象となります。
- (2) 再接種する予防接種で費用助成の対象になるのは、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種の種類のみとなります。