

酒田市長 宛

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

住所 酒田市

《申請者》

氏名 ㊟

電話（日中連絡先）

接種者対象者との続柄

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9条の規定により、必要書類を添えて下記のとおり助成を申請します。

なお必要があるときは、この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、確認をすることに同意します。

接種対象者	フリガナ 氏名	生年 月日	S・H・R 年 月 日
接種医療機関	医療機関名		
	所在地		

【申請額内訳】

※太枠は担当課で記入

予防接種名	実施日	接種料金 (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A) と (B) のうち少ない額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
申請合計額				円

《振込先》 申請者名義の口座

金融機関名	銀行・金庫・農協		支店・支所						
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号						
ゆうちょ銀行	(店名		口座番号)						
口座名義人(カナ)									

※申請者は接種対象者本人又はその保護者のいずれかとなります。

《添付書類》

- (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