様式第5号(第7条関係)

年　　月　　日

骨髄移植後等予防接種再接種費用助成申請書兼請求書

(宛先)飯塚市長

(申請者)

住所

　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　(被接種者との続柄　　　　　　)

電話番号　　　(　　　　)

飯塚市骨髄移植後等予防接種再接種費用助成事業実施要綱第7条に基づき、次のとおり申請(請求)します。なお、この申請の審査のため、私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

1　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |

2　接種の種類及び交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太枠は市で記入します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類・回数 | 接種日 | 接種費用 | 上限額 | 申請額 |
|  | 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 |
|  | 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(申請者と同名義)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | | | | | | | 支店名 | | 貯金種目 | |
| 銀行  信用組合・農協 | | | | | | | 支店  　　　　　　　　　　　　　　　本店 | | 1：普通  2：当座 | |
| 口座番号(左詰で書いてください) | | | | | | | 名義人 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |

4　添付書類

(1)　健康保険証(被接種者)など本人が確認できる公的な書類

(2)　領収書、母子健康手帳の写しなど医療機関での接種日、接種ワクチン、支払金額が確認できる書類

(3)　助成金の振込先が確認できる書類

(4)　申請者が保護者であり、かつ被接種者と世帯が異なる場合は、被接種者との続柄を確認できる書類