

別 記

第1号様式（第5条関係）

山武市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）山武市長

（申請・請求者）

住 所

氏 名

印

（被接種者との続柄）

電話番号

山武市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請及び請求します。

なお、この申請内容について、市が保有する個人情報を見閲・調査すること及び医療機関等に問い合わせをすることに同意いたします。

記

フリガナ		住 所	(申請者と異なる場合ご記入ください)
被接種者氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
交付申請額 (請求額) ※		円	

※裏面明細の「交付申請額合計」の金額を記入してください。

振 込 口 座	金融機関名	銀行／農協／信金 ／信組／金庫	支店名	支店／支所／本店
	預金種別	普通 / 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

【添付書類】

- (1) 山武市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する医師の意見書  
(別記第2号様式)
- (2) 再接種を受けた医療機関が発行した領収書及び明細書等
- (3) 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳の写し等）
- (4) その他市長が必要と認める書類

市確認欄	<input type="checkbox"/> 医師の意見書	<input type="checkbox"/> 領収書・明細書	<input type="checkbox"/> 母子手帳写し等	<input type="checkbox"/> 振込口座確認
------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

(裏)

山武市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成明細書

(被接種者氏名： )

予防接種名 (回数)	接種年月日	接種した 医療機関名	接種費用① (支払った額)	助成限度額② (委託契約の単価額)	交付申請額 (①と②の少ない額)
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
( 回目)	・ ・		円	円	円
交付申請額合計			円		