様式第５号（第７条第１項関係）

志免町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）志免町長

申請者　住所

　　　　氏名

電話番号　　　（　　　 ）

志免町造血細胞移植等医療行為後の任意予防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。

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太枠は町で記入します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 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（右詰で書いてください。） | 名義人 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

４　添付（提示）書類

(1) 被接種者の健康保険証等の本人が確認できる公的な書類又は志免町造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成対象認定通知書（様式第３号）

(2) 領収書、予防接種済証等の医療機関での接種日、接種ワクチン及び支払金額が確認できる書類

(3) 振込先金融機関口座が確認できる書類