様式第８号（第１２条関係）

年　　月　　日

大郷町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付申請書

大郷町長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | （〒　　　　-　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 電話番号 |  | 被接種者との関係 |  |

大郷町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第１２条に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | 男女 | 生 年 月 日 |
| 氏 名 |  | 年　　月　　日 |
| 住 所 | □ 上記申請者住所と同じ |
| 予防接種の種類 | 接種年月日 | 申請額 |
|  | 年　　月　　日 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 円 |
|  | 年　　月　　日 | 円 |
| 申請額合計 | 円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　（　　　　　　　）支店・支所 |
| 種別 | 普・当 | 口座番号 |  |
| 口座名義人(フリガナ) | （　　　　　　　　　　　　） |

【添付書類】※添付書類は原則お返ししません。

1. 接種した医療機関の領収書及び医療費明細書の写し（被接種者の氏名、接種日、支払金額、接種ワクチン及び接種医療機関が分かるもの）

②　当該予防接種を接種したことが確認できる書類の写し（予防接種済証又は母子健康手帳）

上記申請については、下記のとおり決定します。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成決定額 | 円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |