様式第４号（第７条関係）

年　　月　　日

長島町長　　　　様

申請者　　住所：

　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　電話番号：

骨髄移植後等のワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

　下記のとおり、必要書類を添えて接種費用助成金を申請及び請求いたします。

１　被接種者（認定番号：　　—　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 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。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種した予防接種 | 接種年月日 | 接種費用（A） | 上限額（B） | 申請額（ABどちらか少ない額） |
|  | 　 年　 月　 日 | 円  | 円  | 円  |
|  | 　 年　 月　 日 | 円  | 円  | 円  |
|  | 　 年　 月　 日 | 円  | 円  | 円  |
|  | 　 年　 月　 日 | 円  | 円  | 円  |
| 助成申額合計額 | 円 |

３　振込金融機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 種別 | 口座番号 |  |
|  | 銀行 | 農協 | 普通 |
| 金庫 | (　　　) | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
|  | 支所 | 支店 | 当座 | 口座名義 |  |
| 出張所 | (　　　) |

※口座名義が申請者と異なる場合

|  |
| --- |
| 委任状　上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。受任者　　住所：　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄： |

添付書類

１　接種した医療機関等が発行する領収書（被接種者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）

２　接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳「予防接種の記録」欄、予診票など）

３　振込先を確認できる書類の写し（金融機関名、口座番号、口座名義人を確認できるページなど）

４　その他、町長が必要と認める書類