洲本市骨髄移植等後予防接種再接種費用交付請求書

年　　月　　日

洲本市長　　　　　　　　　様

住　　所

氏　　名

電話番号　（　　　　）　　　　―

　　　　年　　月　　日付け　　第　　　号で助成の決定を受けた洲本市骨髄移植等後予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、洲本市骨髄移植等後の予防接種の再接種に対する助成事業実施要綱第８条の規定により、次のとおり関係書類を添えて請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日等 | 　　　　年　　月　　日（男・女） |

助成金の交付の対象となる予防接種の再接種

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種医療機関名 | 予防接種名 | 接種日 | 接種費用 | 助成金額 |
|  |  | 年　月　日 | 円 | 円 |
|  | 年　月　日 | 円 | 円 |
|  | 年　月　日 | 円 | 円 |
|  | 年　月　日 | 円 | 円 |
|  | 助成金額合計 | 円 |

注　太枠内に記入しないこと。

助成金の振込を希望する口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協・労金信金・信組・信連 | 本店支店 |
| 口座種別 | 普通・当座・その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  |

注　請求者名義の口座を記入し、口座名義はカタカナで記入すること。

【添付書類】

１　予防接種料の領収書（対象予防接種の種類及び接種日が記載されたものに限る。）

２　母子健康手帳、予診票、接種済証その他対象予防接種を受けたことが確認できる書類の写し

３　その他市長が必要と認める書類