

別記

第 1 号様式（第 5 条関係）

年 月 日

西之表市長 八板 俊輔 様

西之表市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業交付申請書兼請求書

私は、西之表市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により次のとおり申請します。

|                          |                   |                                 |         |            |
|--------------------------|-------------------|---------------------------------|---------|------------|
| 申請者<br>(助成対象者<br>又は保護者)  | 住 所               |                                 |         |            |
|                          | 氏 名               | 印                               |         |            |
|                          | 電 話 番 号           |                                 |         |            |
|                          | 対象者との続柄           |                                 |         |            |
| 対 象 者                    | 住 所               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |         |            |
|                          | 氏 名               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |         |            |
|                          | 生 年 月 日           | 年                               | 月       | 日 ( 歳 )    |
| 接種した予防接種                 |                   | 接 種 年 月 日                       |         | 予防接種に要した費用 |
|                          |                   | 年 月 日                           |         | 円          |
|                          |                   | 年 月 日                           |         | 円          |
|                          |                   | 年 月 日                           |         | 円          |
|                          |                   | 年 月 日                           |         | 円          |
| 助 成 申 請 額                |                   | 円                               |         |            |
| 振 込 先 金 融 機<br>関         | 本 ・ 支 店 名         | 種 別                             | 口 座 番 号 | 口 座 名 義    |
| 銀 行<br>金 庫<br>農 協<br>( ) | 本 店<br>支 店<br>( ) | 普 通<br>当 座                      |         |            |
| ※申請者と口座名義人は同一であること。      |                   |                                 |         |            |

添付書類

- 1 本人確認書類（母子健康手帳、運転免許証、健康保険証等 ※氏名、住所、生年月日等の確認できるもの）
- 2 再接種が必要であることが確認できる医師の意見書
- 3 接種した医療機関等が発行した領収書
- 4 定期予防接種歴が確認できる書類（母子健康手帳の写し等）
- 5 振込先口座の写し
- 6 その他市長が必要と認める書類