年 月 日

錦江町長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

錦江町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

　下記の者は、造血細胞移植後に定期予防接種の任意再接種を受けましたので、錦江町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いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者  | 住所  | □申請者と同じ  |
| 氏名  | □申請者と同じ |
| 生年月日  |  　　　　　年 　　月 　　日 　(　　　歳) |
| 予防接種の種類 | 接種年月日 | 接種費（ア） | 基準単価（イ） | （ア）と（イ）のいずれか少ない額 |
|   | 　　年　　月　　日 | 円　 | 円　 | 円　 |
|   | 　　年　　月　　日 | 円　 | 円　 | 円　 |
|   | 　　年　　月　　日 | 円　 | 円　 | 円　 |
|   | 　　年　　月　　日 | 円　 | 円　 | 円　 |
|   | 　　年　　月　　日 | 円　 | 円　 | 円　 |
|  | 　　年　　月　　日 | 円　 | 円　 | 円　 |
| 助成申請額  | 円　 |
| 振込先金融機関 | 本・支店名 | 種別 | 口座番号 | 口座名義 |
| 銀 行金 庫農 協 ( )  |  本 店 支 店 (　 )  | 普 通当 座   |   | （フリガナ） |
|   |
| ※口座名義が申請者または対象者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。（申請者氏名）　　　　　　　　　印　年　　月　　日　受任者 住所氏名 　　　 　　　　　　申請者との続柄：　　 |

添付書類

１　錦江町造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成に関する意見書（様式第２号）

２　接種した医療機関等が発行した領収書原本

３　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)

４　振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号の確認できるページの写し等

５　その他町長が必要と認める書類