

あわら市長 様

申請者 住所 あわら市
氏名
電話番号

あわら市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成金交付申請書兼請求書

あわら市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成事業実施要綱第 7 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、市に対して納税状況について市長が調査することや、接種した医療機関等に問い合わせすることに同意します。

※太枠の中をご記入ください。

被 接 種 者	氏 名			
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ あわら市		
接種医療機関	名 称			
	所在地			
予防接種再接種の状況				
予防接種の種類	回数	総接種費用	助成上限額	助成決定額
	回	円	円	円
	回	円	円	円
	回	円	円	円
	回	円	円	円
	回	円	円	円
合 計				円

振込先

金融機関名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人（ふりがな）			

1. 添付書類
 - (1) 医療機関の領収書(原本、助成対象予防接種の種類及び金額が分かるものに限る。)
 - (2) 予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等）
 - (3) 通帳の写し等振込口座が確認できるもの
2. 注意事項
 - (1) 再接種日及び助成金の申請をする日において、市内に住所を有する 20 歳未満の者が対象となります。
 - (2) 再接種する予防接種で費用助成の対象になるのは、過去に定期予防接種として接種済の予防接種の種類のみとなります。

