

様式第6号(第8条関係)

粕屋町造血細胞移植後予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

粕屋町長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____

※被接種者との関係 _____

T E L _____

粕屋町造血細胞移植後予防接種再接種費用助成事業実施要綱第8条に基づき、次のとおり申請及び請求します。

記

○被接種者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			

○予防接種の種類及び交付申請額 ※太枠のみご記入ください。

予防接種の種類	接種日	接種費用	上限額	申請額
	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
合 計				

○助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関							支店名		貯金種目	
銀行 信用組合・農協							支店		1 普通	
							本店		2 当座	
口座番号（左詰で記入）							名義人	ふりがな		

○添付書類

- (1) 被接種者の本人のマイナンバーカードなど、本人が確認できる公的な書類
- (2) 領収書、予防接種済証など医療機関での接種日、接種ワクチン、支払い金額ができる書類
- (3) 振込先金融機関口座が確認できる書類

【注意事項】

- ・助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済の予防接種に限ります。
- ・この申請による予防接種は、任意接種となります。
- ・各種接種費用が上限額を超えない場合は領収金額と同額を助成し、上限額を超えた分は、自己負担となります。