様式第４号（第８条関係）

美咲町造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

美咲町長　殿

申請者（請求者）
氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　被接種者との続柄（　　）
住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

美咲町造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成金交付事業実施要綱第５条に該当するものと認定を受けた予防接種について、下記のとおり助成金の交付を申請します。

１　被接種者

フリガナ 氏　　名		性別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日		
住　　所	〒　　－		

交付申請額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

２　申請額

予防接種の種類	期・回数	接種日	窓口負担額 A	上限額 B	申請（請求）額 （AとBのうち少ない額）
合計金額					

※太枠内は記入しないでください。　**※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに美咲町が定めた金額が上限となります。**

３　振込先

金融機関名	銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号	番号（右づめで記入）	（フリガナ）	
				口座名義	
ゆうちょ銀行口座への振り込みを希望の場合	店番	口座番号	番号（右づめで記入）	（フリガナ）	
				口座名義	

（添付書類）

①　領収書原本（被接種者の氏名、再接種の種類、再接種を受けた日、金額及び医療機関名が記載されているもの）

②　再接種の内容が記録されているものの写し（「予防接種済証」又は「予診票の写し」等）