

近江八幡市長 宛

申請者（保護者） 住 所 近江八幡市
 氏 名
 （被接種者との続柄 ）
 電話番号

近江八幡市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用交付申請書兼請求書

近江八幡市造血幹細胞移植後の予防接種再接種費用助成金交付要綱第8条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。

申請（請求）額 _____ 円

被接種者	氏名	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
接種日	予防接種名	実施医療機関	接種費用
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
合計金額			円

私が受領する予防接種再接種費用の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。

振込先	金融機関名							本店 支店 出張所 代理店	種別	1 普通 2 当座
	口座番号							口座番号は右詰記入		
	フリガナ									
	口座名義人									

添付書類

- 1 接種した医療機関等の領収書（対象者名、接種日、予防接種名、接種費用及び医療機関名が記載されたもの）
- 2 再接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳の予防接種欄等）の写し
- 3 振込先金融機関口座が確認できるもの（通帳又はキャッシュカード）の写し
- 4 本人確認ができるもの（マイナンバーカード等）の写し

※ 振込先の口座名義人は、申請者と同一の者としてください。

※ 各予防接種の請求金額は、接種費用助成上限金額を超えないようにしてください。