

糸島市造血細胞移植により免疫が低下又は消失した小児等への任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

糸島市長 様

申請者 (請求者)

氏 名 _____ 被接種者との続柄 ()

住 所 糸島市 _____

電話番号 _____

糸島市造血細胞移植により免疫が低下又は消失した小児等への任意予防接種費用助成金交付要綱第2条及び第3条に該当するものと認定を受けた予防接種について、下記のとおり費用の助成金の交付を申請します。

なお、この申請兼請求に基づく助成金の交付の審査にあたり必要な場合には、接種した医療機関に接種内容その他必要な事項を問い合わせることに同意します。

1 被接種者

フリガナ				性別	男・女
氏 名					
生年月日	年	月	日		
住 所	〒 _____				
	<input type="checkbox"/> 申請者 (請求者) と同じ (記載不要) 糸島市				

2 申請額

予防接種の種類	期・回数	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糸島市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 (左づめで記入)	(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 (左づめで記入)	(フリガナ)	
				口座名義	

※「口座名義」等については、金融機関に登録されたものを、省略することなく正確に記載願います。

私は、上記の口座名義人を代理人と定め、糸島市から受ける助成金の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者) 氏名 _____ (署名または記名押印)

(添付書類)

- ①領収書原本（接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されているもの）
- ②予防接種予診票
- ③予防接種の記録が確認できる書類（「予防接種済証」又は「母子健康手帳の写し」等）
- ④申請者（請求者）の振込先口座の通帳のコピー（預金名義人等が確認できるページ）