

阿波市長 宛て

申請者（請求者）

住所

氏名

被接種者との続柄

阿波市骨髓移植等（造血幹細胞移植）後の再接種費用助成金
交付申請書兼請求書

阿波市骨髓移植等（造血幹細胞移植）後の再接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり申請します。なお、交付決定後は、下記に指定する口座への振込みにより支給されるよう請求します。

記

再接種 対象者	住 所	徳島県阿波市		
	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年	月	日
予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った金額)	市記入欄	
			助成限度額②	助成金額 (①と②で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
申請（請求）金額			円	
振込先	銀行 農協 金庫		本店 支店 支所	
預金種類	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

※口座名義欄に申請者氏名以外を記入する場合は、次の委任状に記入が必要です。

委任状	私は、上記口座名義人を代理者と定め、予防接種再接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。 申請者氏名
-----	---

【添付書類】

再接種費用に係る領収書（被接種者の氏名、再接種を受けた日、再接種する予防接種の種類、予防接種の種類別の金額及び医療機関名が示されているもの）

母子健康手帳、予診票接種済証等、再接種を受けたことが確認できるもの

振込先口座の確認できるもの

注) 接種を受けた年度内に申請してください。

注) 抗体検査や医師が記入する意見書等の文書料は助成の対象外です。