様式第１号（第７条関係）

年　　 月　　 日

氷見市骨髄移植等の理由による予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）氷見市長　　　　　　　　　　　　　　　住所

氏名

申請者 　　　　　　　　　 （申請者自署）

被接種者との続柄（ ）

電話 　　 － 　　 －

次のとおり氷見市骨髄移植等の理由による予防接種費用助成金の交付を申請します。

また、交付決定された助成金を請求します。この交付申請兼請求書及び添付書類に記載の事項は事実に相違ありません。次の口座に振り込んでください。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、氷見市長がその情報を医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者  | 住 所  |   |
| 氏 名  |   |
| 生年月日  |  年 　　　 月 　　　 日  |
| 連 絡 先  |   |
| 保護者氏名  |   |
| 申請理由  |   |
| 受診年月日  |   |
| 受診医療機関  |   |
| 予防接種の種類等  | 裏面のとおり  |
| ※１ 接種料金合計  | 　円（裏面※１の金額を記入）  |
| ※２ 交付決定合計金額  |  　　　　　　 円  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先 | 口座振替指定金融機関  | 銀行金庫農協  | 支店出張所  |
| 指定口座  | １普通２当座  | 口座番号 右づめで記入  |   |   |   |   |   |   |   |
| フリガナ  |   |
| 口座名義  |   |
| 添付書類 １ 予防接種料金を支払ったことを証する書類（診療明細書、又は領収書で接種対象者の氏名、医療機関名、予防接種の種類、診療日、領収金額、領収印が明記してあるもの。） 1. 振込み口座が確認できる預金通帳の写し（窓口で申請の場合は、提示で可）
2. 医師の意見書及び定期予防接種の記録（母子健康手帳等）

（注）※２欄は、市で記入します。  |

（裏面）

【予防接種の種類等】

