

様式第1号（第5条関係）

（表）

桶川市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金
申請書兼請求書

年 月 日

桶川市長

申請・請求者

住 所 _____

氏 名 _____

（被接種者との続柄）

※ 申請・請求者は、被接種者本人又はその保護者に限ります。

電話番号 _____

桶川市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金について、裏面の【誓約・同意事項】に誓約及び同意の上、申請及び請求します。

1 被接種者

| | | |
|-----------------------------|--|-------|
| フリガナ | | 生年月日 |
| 氏 名 | | 年 月 日 |
| 再接種時の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載) | | |

2 予防接種の内容及び請求金額 ※ 下表の太枠内に必要事項を御記入ください。

| 予防接種の種類 | 再接種日 | 再接種費用 (A) | 上限額 (B) | 申請額 (A又はBのいずれか少ない額) |
|---------|-------|--------------|------------|------------------------|
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| 請求金額 | | | | 円 |

裏面も必ず御確認ください。

(裏)

3 振込口座 (申請・請求者名義の口座を記載してください。)

| | | | |
|-------|-------------------|------|-----------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 () | 支店名 | 支店 () |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |

【誓約・同意事項】

桶川市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金の交付を希望する場合は、下記の全ての項目を確認し、□にチェック“レ”してください。

記

次の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約及び同意します。

- ① 当該申請の審査に当たり、住民基本台帳の閲覧及び接種医療機関等に確認することに同意します。
- ② 他の市区町村で、同一の内容の助成を受けていないことを誓約し、再接種時と申請時の住所が異なる場合は、他の市区町村へ問い合わせをすることに同意します。
- ③ 偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けた場合は、当該助成金を返還します。

誓約・同意事項の内容に相違ありません。

記入日 _____ 年 月 日

申請・請求者氏名 _____

(添付書類)

- 1 桶川市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金に係る意見書 (様式第2号)
- 2 当初接種及び再接種を受けた記録が記載されているもの (母子健康手帳、予防接種済証等) の写し
- 3 再接種を受けた医療機関が発行した領収書の写し
- 4 被接種者に係る本人確認書類 (マイナンバーカード (表面)、運転免許証等) の写し
- 5 振込口座を確認できるもの (通帳、キャッシュカード等) の写し