

尼崎市骨髄移植等後の予防接種の再接種費用助成交付申請書（償還払請求書兼同意書）

年 月 日

尼崎市長 様

申請者 住所： _____
(保護者) 氏名（続柄）： _____ 印（ ） _____
電話：（ ） _____ - _____

尼崎市骨髄移植等後の予防接種の再接種に対する費用助成実施要綱第10条に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。また、申請後に尼崎市が医療機関及び関係機関に照会することについて同意します。

1 被接種者

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
住 所			
生活保護受給者番号	NO. (該当する場合のみ記入)		

2 予防接種の種類及び交付申請額

※ 太枠は本市で記入します。

種類	接種日	接種費用	基準額	申請額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合 計				円

3 助成金振込先

振込先 金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所	種別	普通 当座
フリガナ		口座番号		
口座名義人				
委 任 欄	私は、上記請求代金の振込先について、私の名義でない口座を指定していますが、この口座振込をもって支払の効力が生じることについて、異議ありません。			
※申請者と口座名義人が異なる場合は、記入・押印してください。	年 月 日	申請者氏名	印	

(添付書類)

当該申請書に、次の1～5の書類を添付してください。

なお、令和2年度以降については4及び5の書類のみを添付してください。

- 1 尼崎市骨髄移植等後の予防接種の再接種に係る理由書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳など骨髄移植等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できる書類の写し
- 3 健康保険証など接種対象者の住所及び生年月日を確認することができるものの写し
- 4 再接種された領収書や予防接種済証等
- 5 預金通帳等で助成金の振込先がわかるものの写し