

(表面)

様式第5号(第9条関係)

骨髓移植手術等実施後の任意予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

葛城市長 様

申請書(認定者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、葛城市骨髓移植手術等により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成事業実施要綱第9条の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請します。

接種対象者	住 所	〒 _____								
	氏 名	フリガナ _____								
	生年月日	年 月 日								
保護者氏名		接種対象者との続柄 ( )								
連絡先電話番号		_____								
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							
			助成上限額② (市委託料)		申請金額 (①と②で少ない額)					
			円		円			円		
			円		円			円		
			円		円			円		
支給申請合計金額						円				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店・支店 農協・信用組合 支所・出張所								
	口座情報	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号						
		口座名義人	フリガナ _____							

※太枠内は記入しないでください。

(裏面)

備考

- 1 申請書に次の書類を添付して提出してください。
  - ・接種医療機関の領収書（接種対象者が接種を受けた助成対象予防接種の種類及び予防接種ごとの料金が記載されたものに限る。）
  - ・予防接種予診票（接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているものに限る。）の写し又は予防接種済証（接種対象者の母子健康手帳で助成対象予防接種の記録が記載されているページ等）の写し等、接種対象者が接種した助成対象予防接種の種類、接種日及び接種医療機関が記載されたもの
  - ・受取口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人（カナ）、が分かる通帳かキャッシュカードの写し
- 2 申請額（助成金額）は、接種費用又は市と北葛城地区医師会との間で締結した予防接種に係る契約に定める当該予防接種の委託料の金額（消費税を含む。）のいずれか低い額となります。