

様式第5号（第8条関係）

熊野町骨髓移植等の医療行為により免疫を失った者に対する
任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

熊野町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
接種対象者との続柄 _____
電話番号 _____

熊野町骨髓移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請し、下記金額を請求します。なお、助成金は下記口座に振り込んでください。

記

接種対象者	住 所			
	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		
接種予定 医療機関	名 称			
	所 在 地			

予防接種の種類	期・回数	窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請及び請求額 (AとBいずれか少ない額)
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円
			合計金額	円

振 込 先	金融機関名		銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店 出張所	金融機関コード				
	種別	1. 普通	フリガナ						
		2. 当座	口座名義人						
	口座番号								※左詰めで記入

委任状（請求者と口座名義人が異なる場合に記入）
熊野町骨髓移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成金の受領に
関する権限を下記の者に委任します。
【受任者】 氏 名 _____
住 所 _____

- 【添付書類】
- ☐ 再接種済み予診票の写し又は再接種の記録のある母子健康手帳の写し
 - ☐ 再接種を受けた医療機関が発行した領収書及び診療明細書
 - ☐ その他町長が必要であると認める書類