

（表）

八潮市造血細胞移植後定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）八潮市長

八潮市造血細胞移植後定期予防接種費用助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

なお、助成要件の確認のために、市が保有する個人情報を読覧し、及び調査すること並びに医療機関に問い合わせることに同意します。

申請者	ふりがな				被接種者との続柄
	氏 名				印
	住 所	〒			
	電話番号	【自宅・携帯】 — — * 日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
被接種者	ふりがな		生	年 月 日	
	氏 名		年 月 日		
	住 所	〒			
申請額	円（裏面の合計額を記入してください。）				

助成金の振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店 支店			
口座種別	1 普通預金	2 当座預金	口座番号			
フリガナ						
口座名義人						

※ 1 申請者（請求者）と口座名義人が異なる場合は、次の委任状に記入・押印してください。

※ 2 申請者（請求者）が本人であることを確認できる証明書（免許証、保険証等）をお持ちください。

（郵送の場合は、免許証、保険証等の写しを添付してください。）

委 任 状					
私は、上記口座名義人に定期予防接種費用助成金の受領に係る権限を委任します。					
令和	年	月	日	申請者（請求者）氏名	印

(裏)

助成対象予防接種実施の内訳

予防接種の種類		再接種日	自己負担額
ヒブ (Hib)	初回1回目	年 月 日	円
	初回2回目	年 月 日	円
	初回3回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
小児用肺炎球菌	初回1回目	年 月 日	円
	初回2回目	年 月 日	円
	初回3回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
B型肝炎	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円
	3回目	年 月 日	円
三種混合 (DPT)	初回1回目	年 月 日	円
	初回2回目	年 月 日	円
	初回3回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
四種混合 (DPT-IPV)	初回1回目	年 月 日	円
	初回2回目	年 月 日	円
	初回3回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	初回1回目	年 月 日	円
	初回2回目	年 月 日	円
	初回3回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
BCG		年 月 日	円
麻しん風しん混合 (MR)	1期	年 月 日	円
	2期	年 月 日	円
水痘	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円
日本脳炎	1期初回1回目	年 月 日	円
	1期初回2回目	年 月 日	円
	1期追加	年 月 日	円
	2期	年 月 日	円
二種混合 (DT)		年 月 日	円
不活化ポリオ (IPV)	初回1回目	年 月 日	円
	初回2回目	年 月 日	円
	初回3回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
子宮頸がん予防 (HPV)	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円
	3回目	年 月 日	円
申請合計額			円