様式第４号（第１０条関係）

**苅田町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交付申請書兼請求書**

(提出先)苅田町長

　次のとおり、苅田町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関係書類を添えて申請し、及び

請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 申請者(保護者) | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 電話番号 | | ―　　　　― | |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 | 苅田町 | | | | | |
| 被接種者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 | 苅田町  ※申請者と異なる場合のみ記入してください。 | | | | | |
| 再接種を受けた  医療機関名 | |  | | | | | |
| 予防接種の種類 | | | 補助上限額**(Ａ)** | | 接種費用**(Ｂ)** | | 予防接種を受けた年月日 |
|  | | | 円 | | 円 | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | 円 | | 円 | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | 円 | | 円 | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | 円 | | 円 | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | 円 | | 円 | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | 円 | | 円 | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | 円 | | 円 | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | 円 | | 円 | | 年　　　月　　　日 |
| 申請額(それぞれ(Ａ)と(B)のうち少ない額を合計した額)  合計金額の左側に￥ﾏｰｸを記入してください。 | | | | | | |  |

　助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （申請者名義）  　　　振込先口座 | 金融機関名 | 銀行  金庫  農協 | | | | | | 店名 | 本店  支店  出張所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座番号 | 左  詰 |  |  |  |  |  | 口座名義 |  |

|  |
| --- |
| 【同意】  審査のため、私及び被接種者の住民基本台帳を苅田町長が閲覧することに同意します。  申請者　　　　　　　　　　　　　　㊞ |