造血幹細胞移植後ワクチン再接種実施報告書兼助成金請求書

　　　年　　　月　　　日

高 畠 町 長 　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所：高畠町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （被接種者との続柄：　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

高畠町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費助成事業実施要綱第１０条に基づき、下記のとおり再接種を

実施したことを報告し、必要書類を添えて助成金を請求いたします。また、助成金の交付について必要な

情報がある場合、その情報を高畠町から関係機関へ問い合わせることに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 住所 | □上記申請者住所と同じ | | | |
| 予防接種の種類 | 実施年月日 | | 支払金額 | |
|  | 年　　　月　　　日 | | 円 | |
|  | 年　　　月　　　日 | | 円 | |
|  | 年　　　月　　　日 | | 円 | |
|  | 年　　　月　　　日 | | 円 | |
|  | 年　　　月　　　日 | | 円 | |
|  | 年　　　月　　　日 | | 円 | |
| 合計 | | | 円 | |

振込先口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 口座種別 |
|  | 支店 | 〇で囲んでください。  普　　通　　・　　当　　座 |
| 名義（漢字） | 名義（フリガナ） | 口座番号 |
|  |  |  |

※裏面に添付書類・注意事項記載あり。

※添付書類

・接種した医療機関の領収書及び医療費明細書

（医療機関名・被接種者の氏名・接種日・支払金額・接種ワクチンの種類がわかるもの）

・予防接種済み証又は母子健康手帳などの当該予防接種を接種したことの確認できる書類の写し

・振込先口座がわかるもの

※注意事項

・支払金額の欄には、医療機関に支払った額の全額を記載してください。ただし、支払った金額が高畠町で定める金額を上回る場合は、高畠町の定める金額が上限額となります。