

様式第5号（第9条関係）

様式第5号（第9条関係）

年 月 日

宇検村長 元山公知 殿

申請者（請求者）

氏 名 _____ 被接種者との続柄（ ）

住 所 〒 _____

宇検村

電話番号 _____

宇検村造血幹細胞移植等後ワクチン再接種費用助成金支給申請書兼請求書

宇検村造血幹細胞移植等後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第2条に該当するものと認定を受けた者に係る予防接種について、下記のとおり助成金の支給を申請します。

1 被接種者

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	〒 _____ 宇検村 ※申請者（請求者）と同じ場合は記載不要です。

2 申請額

予防接種の種類	期・回数	窓口負担額 A	上限額 B	申請（請求）額 (AとBのうち少ない額)
合計金額				

※太枠内は記入しないでください。

※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに舟橋村が定めた金額が上限となります。

3 振込先

金融機関名	信用組合・銀行 金庫・農協		本店・支店・出張所		
預金種別	普通・当座	口座番号	番号（左づめで記入）		（フリガナ）
					口座名義

※ ゆうちょ銀行（郵便局）への振込を希望される場合は、通帳内の「銀行使用欄」に記載されている【店名】（漢数字3ケタ）と【口座番号】（7ケタ）を記入してください。

（添付書類）

- ①領収書（被接種者名、接種日、予防接種名、接種費用、医療機関名が記載されているもの）
- ②当該予防接種を接種したことが確認できる書類の写し（予防接種済証又は母子健康手帳）
- ③申請者（請求者）の振込先口座の通帳のコピー（口座名義人等が確認できるページ）