

様式第1号（第6条関係）

天童市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付申請書（兼）請求書

年 月 日

（宛先）天童市長

天童市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、ワクチン再接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名		
	現住所	〒	
	電話番号		

被接種者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ	
予防接種の種類（回数）	接種年月日	申請額	
（ 回目）	年 月 日	円	
（ 回目）	年 月 日	円	
（ 回目）	年 月 日	円	
（ 回目）	年 月 日	円	
（ 回目）	年 月 日	円	
（ 回目）	年 月 日	円	
合計		円	

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							支店 支店 支店
		金融機関コード					支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								
依頼人（申請者）氏名									

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状		
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。		
年	月	日
申請者氏名		印

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、天童市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、天童市において支給決定した後は再接種費用の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の造血幹細胞移植後のワクチン再接種について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 天童市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成に関する理由書
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し※マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ

※申請者と振込先口座の名義人が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。