

富良野市長 様

申請日 令和 年 月 日

富良野市骨髄移植後等の任意予防接種費用助成申請書兼請求書

下記の予防接種を再接種しましたので、関係書類を添えて、任意予防接種費用助成の助成申請及び請求をいたします。

なお申請者と口座名義人が違う場合は、下記口座名義人に助成金受領の権限を委任します。

また、この申請内容について、市が保有する個人情報を見学・調査すること、また確認等が必要な場合は医療機関等へ照会することに同意します。

| | | | | |
|-----------------|---------------------------------|----------|------|-------------|
| 申請者氏名 (保護者等) | 被接種者との続柄 () | | | |
| 申請者住所 | 富良野市 | TEL | | |
| 被接種者 | フリガナ | | | |
| | 平成・令和 | 年 | 月 | 日生 (満 歳 カ月) |
| 被接種者住所 | (*上記申請者の住所と異なる場合記入) 富良野市 TEL | | | |
| 再接種を行った 予防接種 | ワクチン種類 | 接種日 | 接種金額 | 助成金額 |
| | | 令和 年 月 日 | 円 | ① 円 |
| | | 令和 年 月 日 | 円 | ② 円 |
| | | 令和 年 月 日 | 円 | ③ 円 |
| | | 令和 年 月 日 | 円 | ④ 円 |
| | 令和 年 月 日 | 円 | ⑤ 円 | |
| 助成申請額 | 円 *①~⑤の合計額 | | | |

| | | | |
|-----|--------------------|-----------------|------|
| 振込先 | 銀行 信用金庫 信用組合 | | 支店 |
| | 口座種別 | 普通・ 当座・ その他 () | 口座番号 |
| | 口座名義 | (フリガナ) | |

- 添付書類 健康保険証 (被接種者) など本人が確認できる公的な書類
 医療機関の領収書及び診療明細書の写し
 振込先金融機関口座が確認できる書類

※市処理欄 (以下の欄は記入しないでください)

| | |
|--------|-------------|
| 申請書受理日 | 令和 年 月 日 |
| 審査結果 | 助成決定 ・ 申請却下 |
| 助成決定日 | 令和 年 月 日 |
| 助成決定額 | 円 |

| |
|-------|
| 審査担当者 |
|-------|