**玉野市骨髄移植後等の予防接種の再接種費用助成金交付請求書**

　　玉野市長 あて

骨髄移植後等における予防接種の再接種を受けましたので、下記のとおり請求します。

なお、今回の請求にあたり、接種状況（接種日、接種料金等）についてワクチン接種を受けた医療機関に照会することに同意いたします。

※「③実施したワクチン接種について」の太枠内は記入しないでください。

※「④振込先」は、口座名義人は申請者を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① 被接種者  | 請求日  |  年 月 日  |
| フリガナ  |   | 生年月日  |  年 月 日  |
| 氏 名  |   | 性 別  | 男　　・　　女 |
| 住民登録のある住所  | 〒　　 ‐　　　玉野市 |
| ② 申請者（保護者）  |
| フリガナ  |   |   | 接種を受けたお子さんとの関係  | （○印で囲んでください）  父・母・他( )  |
| 申請者氏名  |   |   |
| 住 所 ※被接種者の住所と異なる場合のみご記入ください  | 〒 -   | 電話番号 (携帯可)  | ( ) -  |
| ③実施したワクチン接種について 還付額は玉野市の契約医療機関での接種料金を上限とします  |
| 受けたワクチンの種類 ※記載例：小児肺炎球菌 初回1回目  | A 医療機関への支払額 （領収書の金額）  | 玉野市記入欄 |
| 玉野市の接種料金  | 助成決定額  |
|   | 円  | 円  | 円  |
|   | 円  | 円  | 円  |
|  | 円 | 円 | 円 |
|   | 円  | 円  | 円  |
|  | 助成決定額合計 | 円 |
| 接種を受けた医療機関名  |   | 所在地  |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ④ 振 込 先  |  　　 銀 行 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 信用金庫 |  　　　　　　　本 店・支 店　　　　出張所 　  |
| 口座種別  | 普通 ・ 当座 (いずれかに○)  | 口座番号 |   |   |   |   |   |   |   |
| フ リ ガ ナ  |  |
| 口 座 名 義 人  |   |

【添付書類】

* 医療機関発行の領収書
* 再接種記録のある親子健康手帳のコピー（接種済証等のコピーでも可）
* 振込先に指定した金融機関の口座名義、口座番号のわかる部分の通帳の写し