様式第５号（第８条関係）

豊郷町造血幹細胞移植後等の予防接種再接種実施報告書兼助成金請求書

　　　　年　　　月　　　日

豊郷町長　宛て

申請者

住所

氏名

電話番号

被接種者との関係（　　　　）

豊郷町造血幹細胞移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第８条の規定に基づき、下記のとおり報告および請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 滋賀県犬上郡豊郷町大字 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 接種医療機関名 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| **請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　円** |
| 接種した日 | 接種した予防接種の種類 | 接種費用 |
| 年　　　月　　　日 |  | 円 |
| 年　　　月　　　日 |  | 円 |
| 年　　　月　　　日 |  | 円 |
| 年　　　月　　　日 |  | 円 |
| 年　　　月　　　日 |  | 円 |
| 年　　　月　　　日 |  | 円 |
| 年　　　月　　　日 |  | 円 |
| 年　　　月　　　日 |  | 円 |
| 振込先金融機関 |  | 銀行・農協金庫・信用組合 |  | 本　店支　店支　所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

　※添付書類

　・医療機関の発行した領収書または接種費用の支払いがわかる書類の写し

　・母子健康手帳等の再接種を受けた内容が記載されているものの写し

　・助成金を受け取る口座の通帳の写し