

岬町造血細胞移植後等ワクチン再接種費用助成請求書

岬町長 あて

年 月 日

(申請者)住所 _____
 氏名 _____ 印 _____
 電話 (_____) - _____
 被接種者との続柄 (_____)

岬町造血細胞移植後等ワクチン再接種費用助成事業の認定を受けたので、予防接種を接種しました。下記のとおり、必要書類を添えて接種費用の助成金を請求します。助成金は下記口座に振り込んでください。

被 接 種 者	住 所	岬町 電話 (_____) - _____		
	ふりがな	□申請者と同じ		生年月日
	氏 名		男 女	年 月 日 (生 歳)
接種医療機関	名 称 所在地	電話 (_____) - _____		
ワクチン名	接種年月日	接種費用 (A) (支払額)	助成限度額 (B)	請求額 (C)
請求額合計				

* 請求額 (C) は、支払額 (A) と助成限度額 (B) のどちらか低い方の額となります。
 * 振込口座は、申請者又は被接種者のどちらかの口座に限ります。

振込口座	フリガナ							
	口座名義人							
	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所			
	口座番号							
	預金種別	普通		当座		その他		

(添付書類)

- ①医療機関が発行した領収書・明細書
- ②予防接種の再接種を受けたことがわかる書類 (接種済証または予防接種予診票の写し等)