年 月 日

（宛先）えびの市長

申請者（請求者）住所

氏名

印

※接種者との続柄（ ）

えびの市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用助成金支給申請書兼請求書

えびの市造血幹細胞移植等後ワクチン再接種費用助成金交付要綱第2条に該当するものと認定を受けたものに係る予防接種について、下記のとおり助成金の支給を申請します。

記

1 被接種者

ふりがな	
氏名	
住所 申請者と同じの場合は記入不要	えびの市
生年月日	年 月 日

2 申請額

予防接種の種類	期・回数	窓口負担額A	上限額B	申請（請求）額 (AとBのうち少ない額)
合計金額				

※太枠内は記入しないでください。支給額は各年度において予防接種の種類ごとにえびの市が定めた金額が上限となります。

3 振込先

金融機関名	銀行・金庫 農協							本店・支店 出張所
預金種目	普通 当座	口座 番号						フリガナ
								口座名義
※委任の場合のみ記入 口座名義人が申請者以外の場合		えびの市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用助成金を受領するにあたり、口座名義人に受領を委任します。						
		申請者氏名					印	

（添付書類）

- ①領収書（被接種者名、接種日、予防接種名、接種費用、医療機関名が記載されているもの）
- ②母子健康手帳の写し
- ③予防接種済証、予診票の写し等、再接種の記録が確認できる書類