様式第５号（第８条関係）

申請日　　　 　　年　　　月　　　日

日向市長　様

　※太枠内のみ記入をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄（　　　　） |
| 住　所 | 日向市 |
| 電　話 |  |
| 被接種者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 接種医療機関名 |  |

**日向市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用助成金請求書**

日向市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用助成事業実施要綱第２条に該当するものと認定を受けた予防接種について、次の金額を請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類及び回数 | 接種日 | 窓口負担額A | 助成限度額B | 申請（請求）額（AかBのうち少ない額） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計金額 |  |

※助成限度額は予防接種を行った年度において予防接種の種類ごとに日向市が定めた金額となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信金信組・農協 |
| 支店名 | 本店・支店 |
| 預金の種類 | 普　通 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

**◎関係書類（請求書に添付する書類）**

１　接種医療機関で発行された領収書又はその写し

※予防接種受診日及び医療機関の押印があるもの。ただし、異なるワクチンを同時接種した場合はそれぞれのワクチン単価が分かるもの。

２　再接種実施に係る記録がある母子健康手帳の写し又はそれに代わる書類

３　振込先通帳の写し（申請者本人名義の通帳）