

高砂市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成申請書兼請求書

申請日 年 月 日

高砂市長 様

裏面「予防接種内訳書」のワクチンを、再接種医療機関において自己の負担で接種しましたので、必要書類を添えて予防接種費用の助成を申請し、及び請求します。

申請者	ふりがな		被接種者との 続柄	
	氏名			
	住所	〒 高砂市 電話番号		
(助成対象者) (再接種者)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 高砂市		
再接種医療機関				
申請金額		円（内訳は、「予防接種内訳書」のとおり）		

助成金の交付が決定されたときは、次に記載の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関	銀行 信金・信組 農協・労金	本店 支店 出張所	口座名義人	
	口座番号		普通・当座		

※口座名義欄に申請者の氏名以外を記入する場合は、次の委任状欄に記入が必要です。

委任状	私は、上記口座名義人を代理者と定め、予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。 申請者自署
-----	--

(添付書類)

- 医療機関の発行する領収書等
- 母子健康手帳、予防接種済証等の
再接種が確認できるものの写し
- その他市長が必要と認める書類

市記入欄	決定年月日	年 月 日
	決定額	円
	金融機関コード	支店コード

予防接種内訳書

- (1) 助成の対象となる者は、あらかじめ高砂市骨髄移植後等の予防接種再接種費用の助成対象者として認定を受けた者に限ります。
- (2) 助成金の申請は、それぞれの予防接種を受けた日から6箇月以内又はその日の属する年度の末日のいずれか早い日までです。
- (3) 助成金の額は、次のとおりです。
- ① 生活保護法による非保護世帯に属する方
 予防接種費用又は高砂市が高砂市医師会と締結した委託契約書に定める上限額のいずれか低い方の額
 - ② 上記以外の方
 予防接種費用又は高砂市が高砂市医師会と締結した委託契約書に定める上限額のいずれか低い方の額からその100分の10に相当する額（1円未満の端数は切り捨てる。）を一部負担金として控除して得た額

申請者記入欄			市記入欄		
接種年月日	予防接種の種類	予防接種費用	助成上限額 (A)	個人負担金 (B)	助成額 (A-B)
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
申請額合計		円	助成額合計		