様式第５号

年　　月　　日

# 村山市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種実施報告書兼助成金請求書

申請者　住　所　村山市

氏　名　　㊞

被接種者との続柄（　　）

電話番号

村山市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種助成事業実施要綱第８条の規定により、次のとおり接種したことを報告し、予防接種の費用について関係書類を添え請求します。

また、助成の交付について必要な情報がある場合は、この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について確認をすることに同意します。

報告及び請求内容　※太枠の中を記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被接種者氏名 | | 生年月日 | 平成・令和<br>年　月　日 |
| 実施医療機関 | | | |

| 予防接種の種類 | 接種年月日 | 支払額（申請額） | 決定額（上限あり） |
|---|---|---|---|
| | 年　月　日 | 円 | 円 |
| | 年　月　日 | 円 | 円 |
| | 年　月　日 | 円 | 円 |
| | 年　月　日 | 円 | 円 |
| | 年　月　日 | 円 | 円 |
| | 年　月　日 | 円 | 円 |
| | 年　月　日 | 円 | 円 |
| | | 合計　円 | 合計　円 |

振込先　※請求者名義の口座を記入してください

| | |
|---|---|
| 金　融　機　関　名 | 銀行・信金・農協 |
| 支 店 名（本店は、○で囲んでください） | 支店・本店 |
| 口座の種類（どちらかを○で囲んでください） | 普通　・　当座 |
| 口　座　番　号 | |
| 口座名義（カタカナで記入してください） | |

【添付書類】　1　医療機関が発行する領収書及び医療費明細書の写し

2　当該予防接種を再接種したことを確認できるもの（母子健康手帳等）の写し

3　助成金の振込口座が確認できる書類の写し

【注意事項】　報告・請求期限は、最終接種日から１年以内となっています。