別記様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　　　　年　　　　　月　　　　日

多治見市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

多治見市小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付申請書（請求書）

　多治見市小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付要綱第５条の規定により助成金の交付を受けたいので関係書類を添付して申請します。

なお、下記の助成対象者に関し市が把握すべき必要な情報（疾病の状況等）があるときは、多治見市長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び再接種を行う医療機関に提供することに同意します。

１　助成対象者及び申請（請求）額

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者  （被接種者） | ふりがな 氏名 |  | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 接種医療機関 | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 接種日 | 受けた予防接種の種類 | | 接種費用  （支払金額）  （Ａ） | | 補助上限額  （Ｂ） | | 申請（請求）額  （Ａ又はＢのいずれか低い金額） |
| 年　月　日 |  | | 円 | | 円 | | 円 |
| 年　月　日 |  | | 円 | | 円 | | 円 |
| 年　月　日 |  | | 円 | | 円 | | 円 |
| 年　月　日 |  | | 円 | | 円 | | 円 |
| 申請（請求）額合計 | | | | | | | 円 |

裏面に続きます

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな 口座名義 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 （ゆうちょ銀行  以外） |  | | | 銀行・信用金庫・信用組合・農協 | | | | | | | |
|  | | | 本店・支店 | | | | | | | |
| 種別 | 当座・普通 | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 店番 |  | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| （添付書類）  １　多治見市小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する理由書（様式第２号）（医師が記入したもの）又はこれに相当する内容を含む文書  ２　定期接種及び再接種を受けたことが分かるもの（母子手帳等）の写し  ３　再接種を受けた医療機関名及び日付並びに再接種の種類が記載された領収書  ４　その他市長が必要と認める書類 |