

別記

様式第1号（第4条関係）

佐倉市造血細胞移植等後定期予防接種再接種費用助成申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(被接種者との続柄) 自署の場合押印不要

電話番号 _____

佐倉市造血細胞移植等後定期予防接種再接種費用助成実施規則第4条の規定により、定期予防接種再接種費用の助成について、下記のとおり申請します。

また、申請内容の確認のため、佐倉市が保有する個人情報の調査又は確認を行うこと及び接種医療機関へ照会を行うことについて同意します。

記

被 接 種 者	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	被接種者の個人番号				
	接 種 医 療 機 関	(名称) (住所) (TEL)			
	再接種を行った予防接種				
	予 防 接 種 の 種 類	期・回数	再接種年月日	金額	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
再接種を行った予防接種費用の合計			円		

私が受領する再接種費用の助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号									
	フリガナ									
口座名義人										
依頼人（申請者）氏名										

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。
※自署の場合は押印不要です。

※委任状	
私は、上記口座名義人に再接種費用の助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年	年 日
申請者氏名	(印)

【提出書類】

- 佐倉市造血細胞移植等後定期予防接種再接種費用助成申請に係る医師の意見書（様式第2号）
- 再接種を受けた医療機関が発行する領収書の原本
- 再接種の種類及び金額が分かる明細書の原本（領収書に当該種類及び当該金額の記載がない場合に限る。）
- 助成を受けようとする者が造血細胞移植等の前に接種した定期予防接種を受けた記録を確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し
- 助成を受けようとする者が再接種を受けた記録を確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し