

様式第5号(第8条関係)

佐伯市小児がん患者等再予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐伯市長 様

申請・請求者	住 所	〒  (電話番号 )		
	フリガナ		助成認定者	
	氏 名		との続柄	

佐伯市小児がん患者等再予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請し、決定した場合は当該助成金を請求します。

助成認定者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	※転出の場合は、接種時の住所を御記入ください。

予防接種の種類	接種日	接種費用	※市記入欄	
			市の契約単価	交付決定額

※ 助成金の額は、再接種に要する費用の額とし、再接種を受けた日の属する年度に本市が医師会等と契約している当該定期予防接種の単価を上限とします。

振込先	金融機関名		支店名	支店
	口座番号		種別	普通・当座・( )
	フリガナ			
	名義人			

※ 振込先口座の名義人が申請・請求者と異なる場合は、申請・請求者からの委任状が必要となります。

- 添付書類 (1) 領収書の原本(接種した予防接種の種類及び実施日が記載されたもの)  
 (2) 助成対象予防接種を実施したことが確認できる書類(母子健康手帳等)  
 (3) 振込先の金融機関名、支店名、口座番号及び口座名義人氏名が記載されているページの写し