

様式第1号（第5条関係）

大崎市骨髄移植等後の任意予防接種の再接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

大崎市長 様

（申請者）

住 所

氏 名

再接種した者との続柄

電話番号

大崎市骨髄移植等後の任意予防接種の再接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。また、助成金の支払いに当たっては、指定した口座への振込を希望します。

記

1 申請内容

交付対象者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒		
申請金額		円		
再接種日		年 月 日		
予防接種の種類				

2 振込先（申請者本人又は交付対象者の保護者の口座）

振込先	銀行 信金 信組 農協 労金		口座番号 (左詰め)								
	本店 支店 出張所										
	預金種別	普通・当座	金融機関 コード								
	口座名義人	(カタカナ)									
(漢 字)											

3 同意及び誓約

<p>私は、助成金の交付に当たり、市の職員が私と交付対象者の住民基本台帳を確認することに同意するとともに、暴力団との関係を有していないことを誓約します。</p> <p>大崎市長 様</p> <p>氏名</p>

(裏面)

【添付書類】

- (1) 医師の意見書(様式第2号)
- (2) 母子健康手帳その他の骨髄移植等を受ける前の交付対象者の定期予防接種の履歴を確認することができるものの写し
- (3) 領収書, 予防接種済証その他の医療機関での支払金額, 接種日, 接種ワクチン及び接種医療機関が確認できる書類
- (4) 申請者の本人確認書類
- (5) 振込先通帳の写し
- (6) その他市長が必要と認める書類