様式第１号（第５関係）

年　　月　　日

金ケ崎町予防接種再接種費用助成金交付申請書

金ケ崎町長　様

申請者（再接種者又はその保護者）

氏　名

住　所　金ケ崎町

連絡先　　　　　　（　　　　）

再接種する人との関係

金ケ崎町予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、金ケ崎町特別の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第５の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、この申請の内容について、必要な情報がある場合は、金ケ崎町がその情報を関係機関に確認することに同意します。

１　再接種者（被接種者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　月　日（　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　所（再接種の日） | 金ケ崎町※上記と申請の日の住所が違う場合は、下記に記載してください。（金ケ崎町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　交付申請額　　　　　　　　　　　　　円

３　振込先（申請者名義に限ります。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行金庫農協 | 支店名 | 本・支店本・支所出 張 所 | 口座種別 | 普通当座 |
| 口座番号 |  | フリガナ |  |
| 口座名義人氏　　　名 |  |

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号」（通帳見開き下部）をご記入ください。

（再接種の内容等は、裏面に続きます）

４　再接種の内容等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 再接種の種類（再接種を受けた日） | 接種費用①（領収書等記載額） | 個別予防接種委託料の額　② | ①・②のうち、いずれか低い額 |
| １ | （　　　年　　月　　日） | 円 | 円 | 円 |
| ２ | （　　　年　　月　　日） | 円 | 円 | 円 |
| ３ | （　　　年　　月　　日） | 円 | 円 | 円 |
| ４ | （　　　年　　月　　日） | 円 | 円 | 円 |
| ５ | （　　　年　　月　　日） | 円 | 円 | 円 |
| ６ | （　　　年　　月　　日） | 円 | 円 | 円 |
| ７ | （　　　年　　月　　日） | 円 | 円 | 円 |
| ８ | （　　　年　　月　　日） | 円 | 円 | 円 |
|  | 合計額 | 円 | 円 | 円 |

・　再接種の種類（再接種を受けた日）ごとに記入してください。

・　定期予防接種委託料の額（基準額）は、別に町が定める額を確認し記入してください。

・　添付書類の再接種を受けたことを確認できる書類及び再接種の費用を確認できる書類に、上記の番号を記入して提出してください。

【添付書類】※本申請の受付者が、添付を確認して□に✔を記入する。

□　金ケ崎町予防接種再接種費用助成に関する意見書（様式第２号）

□　特別の理由が生じる以前の定期接種及び再接種の記録が確認できる母子健康手帳等の写し

□　再接種費用に係る医療機関の領収書及び医療費明細書

（医療機関名、対象者が受けた予防接種の種類及び金額並びに接種した日が記載されたものに限る。）

□　助成金の振込先口座が確認できる通帳又はキャッシュカードの写し

□　前各号に掲げるもののほか、町長が特に必要があると認めるもの