様式第6号（第6条関係）

申請日　　　　年　　月　　日

丸亀市長　宛

丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種費用助成金償還払申請書

　　丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種費用助成実施要綱第６条第１項の規定に基づき、次のとおり助成金を償還払いにより交付されるよう申請します。

　　申請内容に関し、丸亀市が保有する個人情報を閲覧すること、及び医療機関等に問合せを行うことに同意します。

なお、申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は助成金の受領を口座名義人に委任するものです。

**助成金申請者**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所　丸亀市 |  |
| 氏名 |  |
| 接種を受けた者との続柄 |  |
| 昼間連絡のとれる電話番号 | （　　　）　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| **助成金の請求額** ※様式第７号の（Ｃ）助成金請求額の合計を記入してください。 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏　　名 | フリガナ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　　日（　　　　歳　　　　か月） | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－  丸亀市 | | | | | | | | | | |
| 接種医療機関 | |  | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | 銀行・信用金庫・農協  信用組合・労金 | | | 本店・支店 支所・出張所 | | | | | | | |
| フリガナ |  | 預金口座 | | 口　座　番　号 | | | | | | |
| 口座名義  人氏名 |  | 普通・当座 | |  |  |  |  |  |  |  |

【添付書類】

1. 丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種費用助成金償還払申請明細書（様式第７号）（接種医療機関の発行した再接種に係る領収書を添付すること。）

(２)　予防接種予診票の写し又は当該予防接種の履歴を確認することのできるもの（母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページの写し等）