様式第7号（第6条関係）

（表）

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 接種日 | （A）自己負担額※領収書に記載の金額 | （B）払戻上限額 | （C）助成金請求額※（A）（B）のいずれか少ない金額 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【添付書類】

裏面に領収書（原本）を添付してください。

【注意事項】

（C）助成金請求額は、（A）自己負担額と（B）払戻上限額（丸亀市が一般社団法人香川県医師会との間で締結している契約で定める当該予防接種の接種費用の額）のいずれか少ない金額です。

（裏）

|  |
| --- |
| 領収書貼付欄【領収書（再接種を受けた予防接種の種類、その接種日及びそれぞれの費用の分かるもの）は原本を貼付してください。】 |