

年 月 日

（宛先）山鹿市長

申請者 住所： _____

氏名： _____

（接種対象者との続柄： _____）

電話番号： _____

山鹿市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用補助金交付申請書兼請求書

私は、山鹿市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用補助金について、山鹿市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用補助金交付要領第8条の規定により、次のとおり申請しますので、下記の口座に振り込んでください。なお、必要があるときは、下記の事項について山鹿市が再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

接種対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 山鹿市		
	氏 名			
	生年月日	年	月	日 生（満 歳 か月）
予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った額)	※山鹿市記入欄	
			補助上限額② (山鹿市委託料)	申請金額 (①と②で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
補助申請合計金額			円	

振込先	金融機関名		支店名 ※ゆうちょ銀行は不要		口座種別 ※ゆうちょ銀行は不要	普通
	フリガナ 口座名義人		口座番号	ゆうちょ銀行以外	ゆうちょ銀行（記号－番号）	—

※申請者本人と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記入してください。

委任状	
山鹿市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用補助金の受領については、上記の口座名義人に委任いたします。	
年 月 日	委任者(申請者)氏名 _____

【提出書類】

- 再接種した医療機関が発行した領収書（接種対象者氏名、予防接種の種類、当該予防接種の費用、接種日、医療機関名等が記載されたもの）
- 再接種したことが確認できる書類の写し（母子健康手帳、予防接種済証、予防接種予診票等）
- 本人確認書類（接種対象者及び申請者）
- 振込先金融機関口座が確認できる書類等