様式第５号（第８条関係）

美浜町定期予防接種再接種費用助成金交付申請兼請求書

美浜町長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 年 月 日

定期予防接種再接種費用助成対象認定申請を行い、認定された予防接種を接種しましたので、次のとおり、関係書類を添付し助成金を請求します。なお、請求内容等に虚偽又はが発覚した場合は、直ちに町長に対し受領した金額を返還することを承諾します。また、請求の適否を判断するために必要な場合は、美浜町が予防接種実施医療機関に対し、本請求に係る情報の照会及び提供並びに診療の内容等の照会をすることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | |  | | | | | | 連絡先 | |  |
| 氏　　名 | |  | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | |
| 被接種者 | ふりがな | |  | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | |  | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | |
| 再接種を受ける医療機関名 | | | | | |  | | | | | |
| 予防接種の種類 | | | | | 接種費用（A） | | 助成金上限額（B） | | | | 再接種を受けた年月日 |
|  | | | | | 円 | | 円 | | | | 年　　月　　日 |
|  | | | | | 円 | | 円 | | | | 年　　月　　日 |
|  | | | | | 円 | | 円 | | | | 年　　月　　日 |
|  | | | | | 円 | | 円 | | | | 年　　月　　日 |
|  | | | | | 円 | | 円 | | | | 年　　月　　日 |
|  | | | | | 円 | | 円 | | | | 年　　月　　日 |
| 申請額（それぞれの（A）と（B）のうち少ない額を合計した額） | | | | | | | 円 | | | | |
| 振込先口座 | | 金融機関名 | | 銀　　行  信用金庫 | | | | 店　名 | | 本店  支店 | |
| 預金種別 | | 普通　・　当座 | | | | ふりがな | |  | |
| 口座番号 | |  | | | | 口座名義 | |  | |

≪添付書類≫

・再接種費用の領収書（助成対象予防接種の種類が記載されたものに限る。）※領収書が発行できない場合は、領収金額の内訳が分かる明細などが必要です。

・予防接種予診票（再接種に使用し、接種医、保護者の署名その他の必要事項が記載されたものに限る。）又は当該予防接種の履歴が確認できるものの写し

≪注意≫

①再接種を受ける日及び助成金の申請をする日において、町内に住所を有する２０歳未満の者が対象となります。

②再接種する予防接種で費用助成の対象になるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種の種類のみとなります。