様式第５号（第９関係）

ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼実績報告書

　大町市長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（交付対象者（被接種者）との関係　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　年　　月　　日付　　第　　　号で助成金の交付の対象として認定されたワクチンの再接種について、下記のとおり予防接種を受けたので、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

２　予防接種

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 接種日 | 接種医療機関名 | 請求金額（円） |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 予防接種の種類 | 接種日 | 接種医療機関名 | 請求金額（円） |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

３　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店・支所名称 |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)口座名義 |  |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 委任状※申請者と口座名義が異なる場合のみ記入 | ワクチン再接種費用助成金の受領については、上記口座名義人へ委任いたします。氏名　　　　　　　　　　　印 |

４　添付書類

（１）ワクチン再接種費用の領収書原本（助成対象者（被接種者）の氏名、接種日、ワクチン名、金額及び医療機関名が記載されたもの）

（２）振込先金融機関口座が確認できる書類