

年 月 日

三豊市長 様

造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種費用償還払請求書

三豊市造血幹細胞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条の規定により、次のとおり助成金を償還払いにより支給されるよう請求します。

また、請求内容に関し、三豊市が保有する個人情報を読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。

申請者

住 所 三豊市

氏 名 (続柄)

電話番号

請求額	円
-----	---

被 接 種 者	氏 名	フリガナ
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	住 所	〒 ー 三豊市
接種医療機関		

振込先 金融機関	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) 償還払対象予防接種を実施した医療機関が発行した領収書の原本
- (2) 造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種費用償還払請求明細書（様式第7号）
- (3) 償還払対象予防接種に係る予診票の原本及び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