

播磨町骨髓移植後等における予防接種再接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

播磨町長 様

裏面「予防接種内訳書」のワクチンを、再接種医療機関において自己の負担で接種しましたので、必要書類を添えて再接種費用の助成について、申請・請求します。

申請者	氏名	Ⓜ	助成対象者との続柄	
	住所	播磨町		電話番号
(再接種者)	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 播磨町		
再接種医療機関名				
申請金額		円（内訳は、「予防接種内訳書」のとおり）		

助成金の交付が決定されたときは、次に記載の口座に振り込んでください。

なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受領委任します。

振込先	金融機関	銀行 信金・信組 農協・労金 ()	本店 支店 出張所 ()	口座名義人	フリガナ
	口座番号	普通・当座			

(添付書類)

- 医療機関の発行する領収書及び診療明細書
- 予防接種予診票の写し
- 母子健康手帳又は予防接種済証等の写し
- その他町長が必要と認める書類

記入欄	決定年月日	年 月 日
	決定額	円

捨印

予防接種内訳書

- (1) 対象の予防接種は、あらかじめ播磨町骨髄移植後等における予防接種再接種費用助成対象者認定を受けたものに限りです。
- (2) 助成金の申請は、それぞれの予防接種を受けた日から6か月以内又は接種日の属する年度の末日のいずれか早い日までです。
- (3) 助成金の額は、下記のとおりです。

①生活保護法による被保護世帯に属する方

接種費用又は播磨町が加古川医師会と締結した委託契約書に定める上限額のいずれか低い方の額

②上記以外の方

接種費用又は播磨町が加古川医師会と締結した委託契約書に定める上限額のいずれか低い方の額から100分の10に相当する額（1円未満の端数は切り捨てる。）を一部負担金として控除して得た額

申請者記入欄			町記入欄		
接種年月日	予防接種の種類	接種費用	助成上限額 (①)	個人負担金 (②)	助成額 (①-②)
年 月 日	(回目)	円	円	円	円
年 月 日	(回目)	円	円	円	円
年 月 日	(回目)	円	円	円	円
年 月 日	(回目)	円	円	円	円
申請額合計		円	助成額合計		円