

広陵町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
接種者との続柄（ ）  
※続柄が法定代理人（親権者等）以外の場合は、裏面の委任状に記入すること。

広陵町骨髄移植等による予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

広陵町骨髄移植等による予防接種再接種費用助成金交付要綱第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。なお、申請に係る審査に際して、町が住民基本台帳又は予防接種台帳により確認し、医療機関に対して、予防接種を照会することに同意します。

記

再接種者	フリガナ			
	氏名		性別 男・女	
	住所 広陵町			
生年月日 年 月 日（ 歳 箇月）				
接種医療機関				
予防接種名	接種年月日	接種費用① (医療機関に支払った額)	町記入欄(記入しないでください。)	
			補助上限額② (委託料単価)	助成金の額 (①と②で少ない額)
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
添付書類 (☑を記入する。)	交付決定額 (総額) 円			
	<input type="checkbox"/> 広陵町骨髄移植等による予防接種再接種費用助成金交付に関する医師意見書 (第 1 号様式)			
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 (骨髄移植等の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。) 又は当該履歴が確認できるものの写し			
	<input type="checkbox"/> 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。) の原本又はその写し			
	<input type="checkbox"/> 再接種の費用に係る領収書若しくは証明書の原本又はその写し (被接種者氏名、接種日、接種ワクチンの種類、接種金額、接種医療機関が記載されたものに限る。)			
<input type="checkbox"/> 申請者 (代理人を含む。) の本人確認書類の写し				
<input type="checkbox"/> その他 ( )				

(裏)

助成金の交付が決定したときは、表面の「交付決定額（総額）」に記載された金額を請求しますので、以下の口座に振り込んでください。

振込先は、次のとおり指定します。

金融機関名	支店名	口座の種別			
銀行	本店	口座の種別	普通	当座	その他( )
	支店	口座番号			
農協	出張所	口座名義人	フリガナ		
信金	店番(ゆうちょ銀行にあ っては、記号又は店名)	-----			
ゆうちょ銀行					

### 委任状

広陵町長 様

委任者（助成対象者） 住所

氏名

(署名又は記名押印)

私は、次の者を代理人と定め、広陵町骨髄移植等による予防接種再接種費用助成金交付要綱に基づく助成金の申請、交付手続及び受領に係る権限を委任します。

代理人（受任者）氏名

委任者との関係（続柄）