様式第1号(第4条関係)

年　　月　　日

　(宛先)加賀市長

申請者　　住　所

氏　名

連絡先

加賀市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

　次のとおり任意予防接種費用助成金の交付を申請し、及び請求します。なお、助成に必要な事項について調査されることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　 月　　日 |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | | 〒  （連絡先　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | 被接種者  との続柄 |  |
| 請求額 | | (1)　対象予防接種に要する費用　医療機関に支払った額(当該額が市と当該医療機関とのA類疾病に係る予防接種の委託単価を超えるときは、当該委託単価の額)  (2)　主治医意見書に係る文書料　医療機関に支払った額(当該額が4,320円を超えるときは、4,320円)  ※抗体検査等は費用助成の対象外です。 | | | | |
| 振込先 | | 金融機関名 | 銀　　行　　　　　　　　本店  信用金庫　　　　　　　　支店  協同組合　　　　　　　　支所 | | | |
| ゆうちょ銀行  (郵便局) | 店名 | | | |
| 種別 | | 普　通 | 口座番号 |  | | |
| フリガナ | |  | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | |

注意　以下の審査欄は、記入不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 審　査　欄 | | | |
| 受理年月日 | 年　　月　　日 | 交付・不交付決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給額 | 円 | | |