様式第１号（第５条関係）

日田市特別の理由による予防接種再接種費用助成申請兼請求書

年　　　月　　　日

（宛先）日田市長

申請者（保護者）

住　所

氏　名

（接種対象者との続柄：　　　　　　　　）

電話番号

日田市特別の理由による予防接種再接種費用助成事業実施要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請・請求します。

また、申請内容について、市が保有する個人情報について閲覧・調査すること、及び医療機関へ問い合わせることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者 | フリガナ氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 住　　所 |  |
| 助成対象予防接種名 | 接種年月日 | 接種費用①（支払った金額） | 日田市記入欄 |
| 助成上限額② | 申込金額（①と②で少ない額） |
|  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 |
| 申請（請求）合計金額 | 円 |
| 振込先 |  | 銀行金庫組合農協 |  | 本店支店支所出張所 |
| 預金種目 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

（準備する書類）□　医師の理由書（第２号様式）　　　　□　再接種費用の領収書

　　　　　　　　□　移植等以前に受けた予防接種の履歴がわかるもの（母子健康手帳等）

　　　　　　　　□　助成対象予防接種の接種記録がわかるもの（予診票、母子健康手帳等）