

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）