年 　月 　日

下呂市長　様

申請者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　 ㊞

下呂市小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付申請書

年　 月　 日付け　　　第 　　号により下呂市小児がん患者ワクチン再接種助成対象の認定を受けた予防接種の再接種が完了しましたので、下呂市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第９条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住　　所 | * 申請者と同じ * 下呂市 | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　歳　　　　か月） | | | |
| 予防接種名 | | 接種年月日 | 接種費用  （Ａ） | 助成上限額  （Ｂ） | 助成額（Ｃ）  ※ＡとＢの少ない方の額 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | | 年　 月 　日 | 円 | 円 | 円 |
| 助成金請求額  （Ｃ欄の合計額） | | 円 | | | |
| 添付  書類 | * 再接種費用の領収書（被接種者氏名、予防接種の種類、予防接種の種類ごとの金額、再接種を受けた日及び医療機関名の記載されたもの） | | | | |