

第5号様式（第8条関係）

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用（償還払）  
申請書兼請求書

鹿屋市長 様 年 月 日

申請者（保護者）住所  
氏名 印  
連絡先

次のとおり、鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱第8条の規定により、定期予防接種費用の交付申請について関係書類を添えて申請いたします。

なお、必要があるときは次の事項について、鹿屋市が再接種を実施した医療機関に確認を行うこと又は鹿児島県に提供することに同意します。

被接種者氏名	住所 鹿屋市 氏名 生年月日 年 月 日 (男・女)			
保護者氏名	被接種者との続柄 ( )			
予防接種名	接種年月日	接種費用 (ア) (支払った金額)	助成上限額 (イ)	(ア)と(イ)の いずれか低い額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
申請額				円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人 (フリガナ)
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		
(口座名義が申請者と異なる場合) 上記、接種費用に係る償還払の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 印 接種対象者との続柄 ( )				

注1 添付書類等

- (1) 再接種実施機関の領収書 (2) 予防接種記録が確認できる書類
- (3) 振込口座が確認できる通帳 (4) 印鑑
- 2 助成額は、再接種に要した費用として医療機関に支払った額とする。ただし、本市が鹿屋市医師会と接種日の属する年度に締結した定期予防接種に係る委託契約に基づく定期予防接種の額を上限とし、本市が決定した額となります。
- 3 助成金の申請は、接種日から12月が経過する日の属する月の末日までに申請してください。