

様式第4号（第8条関係）

米子市造血幹細胞移植後等のワクチン再接種費用助成金交付申請書
兼支払請求書

私は、米子市造血幹細胞移植後等のワクチン再接種費用助成金の交付及び支払を受けたいので、米子市造血幹細胞移植後等のワクチン再接種費用助成金交付要綱（令和5年4月1日施行）第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容に関し、米子市長が、その保有する私及び接種対象者の個人情報について確認すること並びにワクチンの再接種を実施した医療機関に問い合わせることに同意します。

米子市長

様

年 月 日

申請者	ふりがな				接種対象者との続柄
	氏名				
	住所	〒 —			
	電話番号	— — (日中連絡を取ることができる番号)			
接種対象者	ふりがな				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所	〒 — 米子市			
再接種した予防接種の種類等 ※記載欄が不足する場合は、別紙に記入してください。					
予防接種の種類	再接種日	接種費用	委託料単価	申請金額	
	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	
				申請金額合計	円
ワクチンの再接種を受けた医療機関の名称					

助成金の交付が決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。

振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協						本店 支店 出張所
	預金種別・番号	普通・当座						
	フリガナ							
	口座名義人							

【添付書類】

- ・再接種を実施したことが分かる書類
- ・再接種に要した費用に係る領収書の原本（※医療機関名、接種日及び接種した予防接種の種類が分かるもの）