

大田市がん治療等の予防接種の再接種費用助成金交付請求書

（あて先）大田市長

がん治療等における予防接種の再接種を受けましたので、下記のとおり請求します。

なお、今回の請求にあたり、接種状況（接種日、接種料金）についてワクチン接種を受けた医療機関に照会することに同意します。

手続に必要な添付書類

- 医療機関発行の領収書（原本）※原則返却しませんのでご注意ください
- 再接種記録のある母子手帳のコピー（接種済証等のコピーでも可）
- 振込先に指定した金融機関の口座名義、口座番号のわかる部分の通帳の写し

※必ずこの用紙下部の注意事項をご確認の上、請求してください。

請求日 年 月 日

① 被接種者			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		性別	男・女（○で囲んでください。）
住民登録のある住所	〒 ー		
② 申請者			
ふりがな		被接種者との関係	（○で囲んでください。） 父・母・本人・他（ ）
氏名			
住所	〒 ー	電話番号（携帯可）	（ ） ー
※ ①の住所と異なる場合にご記入ください			
③ 実施したワクチンの種類について			
受けたワクチンの種類 ※記載例：小児肺炎球菌 初回接種1回目		医療機関への支払額（領収書の金額）	
		円	
		円	
		円	
		円	
請求金額（合計）		円	
接種を受けた医療機関名		所在地 県外は都道府県名から記入	
④ 振込先			
		銀行 信用金庫 農協	本店・支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座 (いずれかに ○)	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

※ 必要事項をもれなく記入したことを確認し、上記の必要な書類を全て添えて請求してください。

【注意事項】

- ① 予防接種費用については医療費控除の対象とはなりません。
- ② 申請書はボールペンを使用してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。
- ③ 記入内容を訂正する場合は、謝った部分に二重線を引き、訂正してください。修正液、修正テープは使用しないでください。