様式第４号（第７条関係）

年　　月　　日

坂井市長　　様

申請者
住所
氏名　　(※)
(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください
電話番号

坂井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

補助金等の交付を受けたいので、坂井市補助金等交付規則の規定により、次のとおり申請します。
なお、市に対して納付又は納入すべき税の納付状況について市長が調査すること、接種した医療機関等に問い合わせすることに同意します。

1 補助年度		令和　　年度
2 補助金等の名称		坂井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金
3 補助事業等	(1) 名称	坂井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業
	(2) 目的	**被接種者の経済的負担の軽減及び感染症予防を図ることを目的とする。**
	(3) 被接種者の氏名と生年月日	(　　年　　月　　日生)
	(4) 被接種者住所	
	(5) 接種年月日	別表
	(6) 接種医療機関名	
	(7) 接種ワクチン	別表
	(8) 接種費	円
4 補助金等の交付申請及び請求額		円
5 補助金等の振込先	金融機関名・支店名	
	口座種別	普通　・　当座
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	
6 添付書類 (提出する書類の□欄をﾁｪｯｸ(☑)してください。)		□医療機関の領収書（原本、当該接種に要した額がわかるもの） □予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等） □その他市長が必要と認める書類 （通帳の写し等振込口座が確認できるもの）

担当課所見　（注：申請者の記入不要）

審査事項	□自己財源	□他補助金等の有無（国県、他市町村、団体、無）	□補助対象等事業費
	□補助金等の額	□認定申請時及び再接種時に市内に住所を有する者	□市税納付状況

別表

	予防接種の種類	接種年月日	接種医療機関	請求金額
接種した定期予防接種				
申請金額合計		円		

※個人情報に関する事項

本同意により得られた情報は、坂井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請に関わる目的以外には使用しません。