

様式第7号（第12条関係）

東松島市長 様

年 月 日

東松島市造血幹細胞移植後ワクチン再接種実施報告書（請求書）

《 申請者 》 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

電話番号（日中連絡先） _____

東松島市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第12条の規定により、次のとおり接種したことを、必要書類を添えて報告します。

被接種者	フリガナ	男 女	生年月日	年 月 日
	氏 名			

この報告に基づく助成金の額の確定にあたり、市が保有する私の世帯の住民登録資料及び市税等の納付状況について閲覧、又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

また、本報告書は、東松島市において助成金の額を確定した後は、費用助成に係る請求書として取扱うことに同意します。

【内訳】

※太枠は担当課で記入

予防接種名	接種医療機関名	接種日	接種料金 (A)	助成限度額 (B)	助成額 (A)と(B)のうち少ない額
				助成額合計	

【振込先】

金融機関	銀行・信金・信組・農協・漁協				
	本店・支店（又は出張所）				
種別	普通 ・ 当座	口座番号			
口座名義	フリガナ				
	氏 名				

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に申請者の記名・押印が必要となります。

【委任状】

<p>私は、上記口座名義人に東松島市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金の受取りを委任いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ㊟</p>
--

【添付書類】

- ① 接種した医療機関の領収書及び医療費明細書の写し（被接種者の氏名、接種日、支払金額、接種ワクチン及び接種医療機関が分かるもの）
- ② 当該予防接種を受けたことが確認できる書類の写し（予防接種済証又は母子健康手帳）
- ③ 予防接種確認証（領収書及び医療費明細書の写しで予防接種名の確認が取れない場合添付）

※添付書類は原則お返ししません。

【注意事項】

- ① 費用の助成を受けるためには、**接種前に予防接種の再接種費用助成申請をし、予防接種の再接種費用助成認定通知書の交付を受ける必要があります。**
- ② 接種料金は、対象となる予防接種に対して医療機関に実際に支払った金額を記入してください。ただし、支払った金額が東松島市の定める金額を上回る場合は、東松島市の定める金額が助成の上限となります。
- ③ 報告は、接種日から1年以内に行ってください。