

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

多摩市長 殿

申請者（被再接種者又はその保護者）

氏 名	㊦
住 所	
電話番号	()
被再接種者との関係	

多摩市特別な理由による定期予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

多摩市特別な理由による定期予防接種の再接種費用助成金の交付を受けたいので、多摩市特別な理由による定期予防接種の再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請します。
 なお、この申請の内容について、多摩市長が住民基本台帳及び医療機関への照会により確認することに同意します。

被再接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			(歳)
	再接種時の住所	〒 多摩市		
	申請時の住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ 〒		

また、助成金の交付の決定を受けた場合は、当該決定の日に助成金を請求するので、次の口座に振り込むよう依頼します。

助成金請求額	<p style="text-align: center;">円</p> <p>※ ただし、上記に記載した請求額と助成金の交付の決定により確定した額が異なる場合は、当該確定した額をもって請求額とします。</p>																				
金融機関名 ※ゆうちょ銀行は下欄に記入	コード					コード					口座番号	1 普通					2 当座				
	銀行・信用金庫・信用組合・農協					本店・支店・出張所															
フリガナ																					
口座名義人																					

ゆうちょ銀行	記号					—	番号								
フリガナ															
口座名義人															

- ※ 必ず再接種の日から2年以内に申請してください。
- ※ 指定口座は、申請者を口座名義人とするものとし、金融機関（ゆうちょ銀行以外）又はゆうちょ銀行のいずれか一方を記入してください。

市の処理欄	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳又は予防接種済証 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植等前の予防接種記録 <input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> その他
-------	--

【再接種を受けた内容等】

被再接種者	住所			
	氏名	生年月日	年 月 日	
NO	上段：再接種種別	①：接種費用 (領収書記載額)	申請額・請求額 (①・②のいずれか低い額)	助成決定額 (市記入欄)
	下段：再接種日	②：基準額		
1		① 円	円	円
	年 月 日	② 円		
2		① 円	円	円
	年 月 日	② 円		
3		① 円	円	円
	年 月 日	② 円		
4		① 円	円	円
	年 月 日	② 円		
5		① 円	円	円
	年 月 日	② 円		
6		① 円	円	円
	年 月 日	② 円		
7		① 円	円	円
	年 月 日	② 円		
8		① 円	円	円
	年 月 日	② 円		
合計額			円	円

※ 助成決定額（市記入欄）を除き、再接種種別及び再接種日ごとに記入してください。

※ 基準額は、別に市が定める額を確認し記入してください。

※ 添付書類の再接種を受けたことを確認できる書類及び再接種の費用を確認できる書類に、上記の番号を記入して提出してください。

【添付書類】

- (1) 多摩市特別な理由による定期予防接種再接種に関する意見書又は接種済みの定期予防接種の効果が特別な理由により期待できないため再接種が必要であること並びに必要な予防接種の種別及び回数についての医師の判断を確認できる書類
- (2) 母子健康手帳、予防接種済証その他の再接種を受けたことを確認できる書類
- (3) 領収書その他の再接種の費用を確認できる書類
- (4) 造血幹細胞移植等を行う前の予防接種記録を確認できる書類
- (5) 預金通帳の写しその他の助成金の振込先口座を確認できる書類
- (6) その他市長が必要と認める書類