

第5号様式（第8条関係）

板橋区骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する  
任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 板橋区長

年 月 日

申請者 住所  
(請求者) 氏名  
接種対象者との続柄  
電話番号

板橋区骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請し、下記金額を請求します。なお、助成金は下記口座に振り込んでください。

記

接種対象者	住所			
	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)	
予防接種実施 医療機関	所在地			
	医療機関名			

予防接種の種類	接種年月日	助成申請及び請求金額
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
ワクチン 回目・追加	年 月 日	円
助成申請及び請求金額合計		円

委任状（請求者と口座名義人が異なる場合に記入）

板橋区骨髄移植等の医療行為により免疫を失った者に対する任意予防接種費用助成金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

[受任者] 氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店 出張所	金融機関 コード			
	種別	(○で囲む) 1. 普通 2. 当座	フリガナ	店番号			
	口座番号		口座名義人	※左詰めで記入			

(添付書類)

- 1 再接種済み予診票の写し又は再接種の記録のある母子健康手帳の写し
- 2 再接種を受けた医療機関からの領収書及び診療明細書
- 3 その他区長が必要であると認める書類