

様式第1号（第6条関係）

安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金交付申請書

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

申請者

住所

氏名

㊟

（被接種者との関係）

安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金の交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

被接種者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
電話番号			

再接種する予防接種の計画

接種予定日	予防接種の種類 (ワクチンの種類)	期・回目	費用(円)

（添付書類）

- （1） 安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業に関する主治医意見書（様式第2号）
- （2） 母子健康手帳（ワクチン再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し

裏面もご記入ください

2 同意書

審査に当たり、住民基本台帳並びに市税並びに国民健康保険税並びに夜間急病センター手数料の納付状況の照会及び閲覧に同意します。

また、市から他の地方公共団体に対する助成状況の照会及び医療機関に対する問合せをすることに同意します。

(申請者) 住所 _____

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

備考：世帯の方全員のお名前前の記入と押印をお願いします。義務教育を修了していない方は不要です。

3 確認事項 内容を確認し、該当項目にレ点チェックを記入してください。

- 他の地方公共団体から同種の補助金等の交付を受けていません。
- 申請者及びその属する世帯の者は暴力団員ではありません。また、暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。

交付を取り消され、又は交付する額を超える補助金が交付されたため、補助金の返還を求められたときは、納期日までに納付します。

なお、納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既に納付した額を控除した額）につき年 10.95 パーセントの割合で計算した遅延損害金を併せて市に納付します。