

年 月 日

四万十市骨髓移植患者等定期接種ワクチン再接種費助成金交付申請書兼請求書

四万十市長 様

【申請者】住 所 四万十市

氏 名

被接種者との続柄【 】

電話番号

四万十市骨髓移植患者等定期接種ワクチン再接種費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

再接種対象者	氏 名	
	住 所	四万十市
	生年月日	年 月 日（ 歳）

請求金額 円

内訳は、裏面のとおり

交付決定後は、次に指定する金融機関の口座への振り込みにより支給されるよう請求します。

金融機関名		銀行 労働金庫 信用金庫 農協		本店 支店 支所 出張所
口座番号				種別 普通 当座
フリガナ				
口座名義人				

【添付書類】

- (1) 再接種費用に係る領収書（原本）
- (2) 母子健康手帳、予防接種済証、予防接種予診票など再接種を受けたことが確認できるもの
- (3) 助成対象者であることを証明する書類（認定通知書）

※この申請書は四万十市が交付決定をした後に助成金の請求書として取り扱います。

【内訳】

予防接種の種類	接種日	自己負担額	市記入欄	
			限度額	申請（請求）額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
			合計	円