

様式第5号

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

井原市長 様

申請者 住所  
氏名 続柄( )  
電話 ( ) -

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金の交付を、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ氏名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	井原市
	保護者氏名	(申請者が被接種者本人の場合、記入不要)
接種医療機関	住所 医療機関名	

接種日	ワクチンの種類	支払金額小計	井原市記入欄	
			助成上限額	助成決定額
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
合計金額		円	円	

※太枠内には記入しないでください。

- 【添付書類】
- 1 接種した医療機関等の領収書原本（接種したワクチンの種類が分かるもの）
  - 2 母子健康手帳（接種履歴が確認できるもの）又は当該履歴が確認できるものの写し
  - 3 その他市長が必要と認める書類

振込先	金融機関名	( ) 銀行・信用金庫・農協		( ) 本店・支店・支所					
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ口座名義人								

※口座名義人は、申請者と同一としてください。