

様式第4号（第9条関係）

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

久喜市長 あて

申請者（保護者） 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 (接種者との続柄) _____
 電話番号 () _____

久喜市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第9条の規程により、次のとおり申請（請求）します。この申請の審査のため、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

1 接種対象者

ふり 氏 名		生年月日	年 月 日
-----------	--	------	-------

2 接種の種類及び交付申請額

※太枠内は記入不要です。

種類・回数	接種日	接種費用	上限額	申請額
	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

3 助成金振込先（申請者の名義のもの）

金融機関		支店名		口座種別	
銀行		本店		1：普通	
信用金庫・農協		支店		2：当座	
口座番号（左詰めで記入してください。）				名義人	(フリガナ)

4 添付書類

- 再接種を行った医療機関の領収書（接種対象者の氏名、接種日、接種費用及び医療機関名が記載されたものに限る。）
- 予防接種予診票（再接種時に使用し、医師の氏名、保護者の署名その他の必要事項が記載されているものに限る。）又は再接種の履歴が確認できるものの写し
- 助成金の振込先が確認できる書類