

様式第5号（第7条関係）

嘉麻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申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）嘉麻市長 様

（申請者）住所

氏名

㊟

電話番号（ ） —

嘉麻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事業実施規程第7条に基づき、下記のとおり申請（請求）します。

記

1. 被接種者

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
------------	--	------	-------

2. 予防接種の再接種の種類及び交付申請額

※太枠は市で記入します。

種類	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
合 計				円

3. 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関						支店名		貯金種目
銀行・信用金庫						支店		1：普通
信用組合・農協						本店		2：当座
口座番号（右詰で書いてください。）						名 義 人	(フリガナ)	

4. 添付書類

- (1) 領収書
- (2) 予診票
- (3) 振込先金融機関口座が確認できる書類、健康保険証（被接種者）など本人が確認できる書類