

骨髓移植後等予防接種再接種費用助成申請書兼請求書

(宛先)飯塚市長

(申請者)

住所 _____
 氏名 _____ 印
 (被接種者との続柄 _____)
 電話番号 () _____

飯塚市骨髓移植後等予防接種再接種費用助成事業実施要綱第7条に基づき、次のとおり申請(請求)します。なお、この申請の審査のため、私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

1 被接種者

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

2 接種の種類及び交付申請額

※太枠は市で記入します。

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(申請者と同名義)

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

4 添付書類

- (1) 健康保険証(被接種者)など本人が確認できる公的な書類
- (2) 領収書、母子健康手帳の写しなど医療機関での接種日、接種ワクチン、支払金額が確認できる書類
- (3) 助成金の振込先が確認できる書類
- (4) 申請者が保護者であり、かつ被接種者と世帯が異なる場合は、被接種者との続柄を確認できる書類