

大竹市長様

申請者 氏名 _____ 印 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____
 被接種者との関係 _____

定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書

大竹市骨髄移植患者等の定期予防接種ワクチン再接種費用助成要綱第6条第1項の規定に基づき、予防接種ワクチン再接種費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
予防接種 の種類 及び接種 年月日等	予防接種の種類 (接種年月日)	支払額 A	助成上限額 B	申請額 (A・Bの低い方の額)
	(年 月 日)	円	円	円
	(年 月 日)	円	円	円
	(年 月 日)	円	円	円
	(年 月 日)	円	円	円
申請額 計				円
接 種 医療機関	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号			

【振込先】

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通 ・ 当座			
フリガナ 口座名義			口座番号				

市記入欄

確 認 欄	
<input type="checkbox"/>	助成金交付申請書（押印・記入漏れを確認）
<input type="checkbox"/>	医療機関発行の領収書
<input type="checkbox"/>	予防接種の記録（母子健康手帳・予診票など）
<input type="checkbox"/>	振込先口座の通帳の写し

課長	係長	係員	受付印
助成決定額			円