

様式第4号(第6条関係)

年 月 日

西都市長 様

申請者(請求者)

氏 名 _____ 印 (被接種者との続柄)

住 所 _____

連絡先 _____

西都市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、西都市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請(請求)します。

1. 被接種者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	西都市 ※申請者(請求者)と同じ場合は記載不要です。		

2. 申請額

予防接種の種類	期・回数	窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請(請求)額 (AとBのうち少ない額)
合計金額				

※太枠内は記入しないでください。

※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに西都市が定めた金額が上限となります。

3. 振込先

金融機関名	銀行・信金 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			

- (添付書類) ①領収書(接種日、ワクチン名等が記載されているもの)
②任意予防接種の記録が確認できる書類(予防接種済証又は予診票の写し等)
③申請者(請求者)の振込先口座の通帳のコピー