

様式第5号（第7条関係）

豊後高田市造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者 住所
 (保護者) 氏名
 電話番号

豊後高田市造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成要綱第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者	住 所	豊後高田市			
	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏 名				
予防接種名	接種回数	接種年月日	再接種に要した費用	※市処理欄	
				助成上限額	助成金決定額
		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

※申請ができるのは接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

(振込先口座)

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

(添付書類)

- ・ 助成対象予防接種の再接種に要した費用及び予防接種の種類が確認できる領収書
- ・ 接種日、接種ワクチン等が確認できる予防接種予診票又は母子健康手帳の写し
- ・ 豊後高田市造血幹細胞移植等後の予防接種再接種費用助成対象認定通知書の写し