

様式第5号（第7条関係）

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成交付申請書兼請求書

朝倉市長

未記入でお願いします

年 月 日

(申請者)

住所

朝倉市〇〇町〇〇番地

氏名

山田 花子 印

電話番号

〇〇〇-〇〇〇〇

被接種者が未成年の場合
申請者は保護者です

朝倉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要綱第7条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

1 被接種者

ふりがな 氏名	予防接種を受けた人の氏名を 記入してください	生年月日	年 月 日
------------	---------------------------	------	-------

2 接種の種類及び交付申請額

※太枠内は記入しないでください

種 類	接種日	申請額(A)	上限額(B)	決定額 (A)(B)のうち 少ない額
	年 月 日	円	円	円
	月 日	円	円	円
	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

支払った費用の金額を記入
してください

この項目は記入する必
要がありません

3 振込先（申請者と同名義）

振込先	金融機関	銀行・農協・信用金庫・信用組合		
		本店・支店・出張所・営業部		
	(フリガナ) 口座名義	預金種別	普通・当座	
		口座番号		

4 添付書類

予防接種を受けた医療機関等が発行した領収書及び接種記録の記載されたものの写し等（領収書の記載で確認できる場合を除く。）を添付してください。