

様式第5号（第9条関係）

福津市造血細胞移植後の任意予防接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）福津市長

申請者 住所 福津市
氏名 印
電話番号（ ） ー

福津市造血細胞移植後の任意予防接種補助金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

1 被接種者

ふりがな 氏名		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	接種日	接種費用 A	上限額 B	申請額 (AとBのうち少ない金額)
	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
合 計				円

3 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関名	銀行 農協 金庫			本店・支店 支所 出張所
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号	
フリガナ				
口座名義				

4 添付書類

- (1) 予防接種に要した費用が確認できる領収書及び医療明細書
- (2) 母子健康手帳、予診票、接種済証等、再接種が確認できるもの
- (3) 振込先となる口座（申請者名義）が確認できるもの（写し）
- (4) 申請者の本人確認ができる書類