

宇佐市骨髄移植等における予防接種再接種費用助成金交付請求書

年 月 日

宇佐市長 殿

宇佐市骨髄移植後等における予防接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請し、決定した場合は当該助成金を請求します。

申請者 (保護者)	住 所			
	フリガナ			
	氏 名	Ⓜ	助成認定者 との続柄	
	電話番号			
助 成 認 定 者	住 所	※申請者住所と異なる場合にご記入ください		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
予防接種の種類 接種日 接種費用	予防接種の種類	接種日	接種費用 (支払済額)	助成金上限額 (※市記入欄)
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
助成金決定額 (※市記入欄)	円			

《振込先口座》

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合・労働金庫	支店名	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

【添付書類等】

- 再接種費用の領収書（助成対象予防接種の種類・接種日・被接種者氏名・金額が記載されたもの）
- 母子健康手帳または予診票、接種済証等の再接種を受けたことが確認できるもの
- 振込先口座の確認ができるもの（通帳等）
- 印鑑