

豊見城市骨髄移植等後のワクチン再接種に係る費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

豊見城市長 殿

被接種者氏名			生年月日	年 月 日	
請求者氏名	印 被接種者との関係 ()				
住 所					
電話番号					
予防接種 の 種 類	実施日	実施医療機関	支払料金	市の契約単価	請求金額
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
合 計 金 額			円		円
振込先	金融機関名			請求金額	
	支店名	本店・支店		円	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

※太枠の中だけ記入してください。

※請求金額は、支払料金と市の契約単価とを比較し、いずれか低い額となります。

※請求者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要になります。

必 要 書 類	
☐	医療機関発行の領収書又は支払証明書（原本）
☐	親子（母子）健康手帳の写し
☐	記録後の予診票又はその写し
☐	請求者の口座名義の通帳写し
☐	委任状（請求者と口座名義人が異なる場合）