

様式第4号（第9条関係）

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

※ 太枠の中だけ記入してください。

被接種者氏名			生年月日	年 月 日	
請求者氏名 (保護者)	印 被接種者との関係 ()				
住 所					
電話番号					
予防接種名 ※書ききれない 場合は裏面記入	実施日	実施医療機関	支払料金 ①	市の契約単価 ②	※請求金額 (①と②で少ない額)
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
<input type="checkbox"/> 裏面記載あり			合 計 金 額		円

※請求金額は、市の契約単価が上限となります。(市の契約単価は、申請窓口で確認してください。)

振込先	銀行・農協		本店・支店		※請求金額	円
	フリガナ				口座番号	
	口座名義人氏名					

※請求者と口座名義人が違う場合は、委任状が必要になります。

必 要 書 類	
<input type="checkbox"/>	医療機関発行の領収書又は支払証明書（原本）
<input type="checkbox"/>	親子（母子）健康手帳の写し（接種の記録を確認する）
<input type="checkbox"/>	記録後の予診票又はその写し
<input type="checkbox"/>	請求者の口座名義の通帳写し（代理人の場合は委任状が必要）

申請書受付担当 ()

(裏面)

予防接種名	実施日	実施医療機関	支払料金 ①	市の契約単価 ②	※請求金額 (①と②で少ない額)
			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
			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
※合計金額はおもてに記載			小 計	円	円