様式第５号（第７条関係）

古賀市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）古賀市長

申請者　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　（　　　 ）

古賀市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第７条に基づき、次のとおり申請（請求）します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 |  | 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 | 上限額 | 申請額 |
|  | 　　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 |
|  | 　　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）

あらかじめ指定された金融機関

４　添付書類

(1)　健康保険証（被接種者）など本人が確認できる公的な書類

(2)　領収書、予防接種済証など医療機関での接種日、接種ワクチン、支払金額が確認できる書類

(3)　振込先金融機関口座が確認できる書類