

津久見市骨髓移植後等における予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

津久見市長 様

津久見市骨髓移植後等における予防接種費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		助成認定者との 続柄	
	氏 名			
	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			
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)
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
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